Rok XLI. Kraków 4 Października 1902. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

RUDOLF VIRCHOW.

W przemówieniu jubileuszowem, zwróconem do Virchowa, wyraził się Eugeniusz Richter, że kiedyś, dla dalekiej potomności, stanie się on jakby mityczną postacią, z której imieniem wiązać będą wszystko, co było pięknego, znakomitego, wzniosłego i szlachetnego w życiu i dziełach lekarzy XIX wieku. Że ta na pozór bardzo śmiała przepowiednia zawiera cząstkę prawdy, zdawałoby się z tego, co napisano z powodu zgonu wielkiego badacza, ponieważ już dzisiaj przypisują niektórzy biografowie zmarłemu „księciu nauki" odkrycia, których nie on dokonał, poglądy, który nie on pierwszy w skończonej postaci wygłosił i przewrót zasad niemal nauki lekarskiej.

Jeżeli odległe wieki złączą z imieniem Virchowa i to, co nie on sam zdziałał, to jednak z pewnością zasłużył on na to tem, czego dokonał, bo pracą swoją i jej wynikami przekroczył zwykłą ludzką miarę, a zapłodnieniem mnóstwa umysłów zdobył prawo do tego, aby potomność uznała jego za wyraz epoki. Dziś jednak i dopóki szczegółów ruchu naukowego XIX stulecia nie przesłoni mgła oddalenia, nie potrzebuje ta wielka postać sztucznego piedestału, który jakby ujmę prawie czynił jego pamięci; na rzeczywiste jego dzieła trzebaby ogromu pracy kilku żywotów i kilku niepospolitych umysłów ludzkich, a czyż to nie dosyć, by zyskać pamięć nieśmiertelną?

Jeden z tych niewielu, którzy zdołali w całej pełni ucieleśnić swe dążenia, Virchow sam najtrafniej określił rolę, jaka dziełu jego życia przypadnie, kiedy o dążeniach swoich tak pisał: „Wir wollen die Reform, nicht die Revolution. Wir wollen das Alte conservieren und das Neue hinzufügen". Nie dążył do przewrotu w nauce; chciał stać się i stał się istotnie nie tyle twórcą nowych zupełnie prądów i nieznanych przedtem dziedzin naukowych, jak przedewszystkiem reformatorem już istniejących, głównie patologii w najszerszym jej zakresie; na stary jej pień szczepiąc idee, wykwitłe z innych gałęzi nauki, obfity przygotował i zebrał owoc; na podwalinach, rzuconych ręką poprzedników, budował dalej swoją część gmachu, dobierając materyał starannie i przezornie, obrabiając go wszechstronnie. Wytrwałą tą pracą sprawił, że patologia dorosła do poziomu wiedzy prawdziwie przyrodniczej, zrównała się w siostrzanym rzędzie z resztą nauk biologicznych. Wywalczyć jej to stanowisko było celem, który całej działalności Virchowa na tem polu przyświeca.

Dla nas, wzrosłych w pojęciach, których rozwój Virchow bądź przyspieszył, bądź wywołał, bądź które sam stworzył, wydają się one tak oczywiste, że prawie nie możemy sobie wyobrazić, jakiego wymagały one nakładu krytycznych badań, jakiej olbrzymiej pracy myśli. Temu, kto je dopiero przeczuwał, kto ich pragnął, były one zadaniem, czekającem na jakiś umysł genialny. Wielki poprzednik i mistrz Virchowa, Johannes Müller, zaledwo przewidywał je w słowach, które wyrzekl w r. 1836: „Möge der Genius schon da sein, der auf eine ernstere Grundlage philosophischer Vorbildung der Naturwissenschaften, der Geschichte, der Medicin, der Anatomie und Physiologie fussend, selbst Untersucher in der chemischen, pathologisch-anatomischen und mikroskopischen Analyse der pathologischen Formen ist und eine auf die Physiologie und die pathologische Anatomie gegründete, dem Zustande der medicinischen und der Naturwissenschaften würdige allgemeine Pathologie vor uns hinstellen wird".

Dopiero przemierzywszy odległość, jaka dzieli dzisiejszy etap wiedzy patologicznej od tych pragnień Müllera, czuje się, że niema przesady w zdaniu, które do nich nad trumną Virchowa dorzucił jego druh i przyjaciel: „Dieser Genius war schon da, es war Rudolf Virchow!"

Udziałem Virchowa stało to, co bardzo tylko niewielu jednostkom losy osiągnąć dozwalają: zwycięstwo głoszonych poglądów naukowych, wdzięczność i cześć współczesnych. Niewiele chyba pozostało instytucyj lekarskich i przyrodniczych, któreby nie ofiarowały Virchowowi najwyższych swych godności; wielokrotnie, na 50 rocznicę doktoratu, habilitacyi, objęcia katedry, na 70 i 80 rocznicę urodzin składały mu hołd społeczeństwa i koła uczone całego świata; to też powstała cała ogromna literatura, poświęcona zasługom naukowym Virchowa i przeglądowi jego działalności. I w naszem piśmiennictwie, prócz licznych okolicznościo-

wych artykułów, życiorysów i charakterystyk, między któremi zwraca największą uwagę piękne a trzeźwe przemówienie Władysława Biegańskiego, posiadamy obszerną, doskonałą monografię pióra Prof. Przewóskiego. Wystarczy więc dzisiaj w niewielu wyrazach tylko przypomnieć kilka dat z życia i wytyczne punkta działalności Virchowa.

Imię w nauce i stanowisko zdobywa Virchow szybko. Urodzony 13 października 1821 w Schivelbein na Pomorzu, w 22 roku życia kończy w Berlinie studya lekarskie i otrzymuje dyplom doktorski. Tymi, którym Virchow najwięcej w czasie studyów zawdzięczał, byli Schönlein i Johannes Müller, zwłaszcza ostatni, którego sam Virchow niejednokrotnie, jako swego mistrza wymienia. W r. 1844 zostaje Virchow asystentem Froriepa, prosektora w szpitalu „Charité“, w dwa lata potem jego następcą. W następnym roku habilituje się i w tymże roku zakłada swoje słynne „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“. W tym już czasie zyskuje Virchow ogromny rozgłos swoją świetną krytyką dzieła Rokitanskyego i pracami o zakrzepie, zatorze i białaczce. W r. 1848 z polecenia rządu bada dziesiątkujący ludność górnego Śląska dur osutkowy, a w sprawozdaniu swojem wskazując na głębsze przyczyny klęski, kreśląc jej tło społeczne, piętnuje niedbalstwo rządu o oświatę, dobrobyt i zdrowie ludności i nawołuje do obszernej reformy. Naraziwszy się swoją działalnością społeczno-polityczną rządowi, zmuszony opuścić Berlin, przyjmuje, mając lat dopiero 27, zwyczajną katedrę anatomii patologicznej, którą mu ofiarował uniwersytet w Würzburgu; na tem stanowisku redaguje organ tamtejszego Towarzystwa naukowego, obejmuje kierunek znanych „Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin“, wydaje trzytomowy zbiorowy podręcznik patologii i terapii szczegółowej i przygotowuje wydawnictwo wykładów popularno-naukowych. W r. 1856 powraca na katedrę anatomii patologicznej do Berlina, który już odtąd do końca życia miał zostać jego siedzibą. Szerszą działalność społeczną i polityczną rozpoczyna na nowo w r. 1861, wybrany radnym miasta, w następnym roku posłem na Sejm, gdzie należy do założycieli stronnictwa postępowego, w końcu w roku 1880 przyjmuje wybór do Rady państwa, pracując na tych stanowiskach gorliwie przez długie lata i czynnie uczestnicząc w wykonaniu zadań sanitarnych pierwszorzędnej wagi dla państwa i miasta, jak ustawy zdrowotne, asanizacya Berlina, budowa licznych szpitali. W czasie wojen w r. 1866 i 1870 krząta się sam niestrudzenie około stworzenia ochotniczej pomocy lekarskiej. A ten niezmordowany badacz, pedagog, higienista, popularyzator, polityk i filantrop znajduje jeszcze czas na dalekie wyjazdy dla badania trądu w Skandynawii, Hiszpanii i Portugalii, wycieczki naukowe do Anglii, długą podróż do wykopalisk trojańskich i t. d. Taki ruchliwy, najróżnorodniejszą pracą wypełniony żywot wiódł Virchow bezmała do końca, usuwając się z areny publicznej na kilka zaledwo miesięcy przed śmiercią, która zabrała go w dniu 5 września b. r.

Zdumiewającą po prostu jest ta umiejętność pracowania i wyzyskania czasu, sprężystość umysłu i wytrzymałość, gdy tak ruchliwy żywot w niczem nie uszczuplił dorobku ściśle naukowego, który miał być jeżeli nie głównym celem życia Virchowa, to w każdym razie tem, co najdłużej potomność w pamięci przechowa. A dorobek to zadziwiający nietylko już swoją jakością, ale wprost ilością. Spis samych tylko tytułów prac Virchowa i to tylko prac i rozpraw ściśle przyrodniczo-lekarskich, zestawiony na obchód 80 rocznicy jego urodzin, zajął 118 stronnic druku. Samo „Archiv“ Virchowa mieści 210 prac jego pióra. Wśród tego dominują dzieła. z których każde wystarczyłoby, aby zapełnić jedno życie, tyle w nich nagromadzonego świeżego materyału, nowych faktów i bystrych, troskliwie opracowanych poglądów i wniosków: „Cellularpathologie“ i „Die krankhaften Geschwülste“.

Co z tego ogromu pozostanie, jako trwały dla wiedzy nabytek? Pytanie to w rozmaity sposób próbowali i próbują rozstrzygnąć biografowie Virchowa, boć wobec ciągłego postępu nauki nikt nie może się łudzić, aby nasze dzisiejsze poglądy na wieki ostać się zdołały i nie ustąpiły miejsca szerszym, doskonalszym uogólnieniom. Zresztą niejedno z zapatrywań Virchowa, jak n. p. w nauce o zapaleniu, w pierwotnych jego pojęciach o gruźlicy, uległo już dzisiaj znacznym modyfikacyom i dopiero z zaciętej nieraz walki skrajnych twierdzeń wyłoniło się to, co dziś uznano za pewnik. Oczywiście przyszłość przynieść musi i powinna dalsze zmiany; rzekoma nieomylność jest znamieniem zastoju: „Es irrt der Mensch, so lang er strebt“. Trudno z drugiej strony zaprzeczyć, że znaczna, bardzo znaczna część wniosków ogólniejszych, wysnutych w zakresie patologii przez Virchowa, przetrwała szczęśliwie burze i w zasadach swoich wyszła z nich nietknięta. Dotyczy to choćby sprawy chorób zakaźnych, gdzie była chwila, zdająca się na pozór zagrażać szkodliwą przewagą kierunku skrajnie bakteryologicznego; i nowoczesne badania zawikłanych zagadnień, dotyczących odporności ustroju, przysparzając tyle nieoczekiwanych zdobyczy i uwodząc nawet niektórych do głoszenia o bankructwie dotychczasowych zapatrywań, nie złamały jednak zrębu, zbudowanego przez Virchowa w postaci patologii komórkowej. Co więcej uogólnienia Virchowa posiadały tę niezwykłą zaletę, że nie uchylają się od poprawek, że sprostowanie pewnych szczegółów nie obala całej budowli, lecz tylko ją ulepsza. Ztąd może pochodzi, że niejedna teorya, która w pierwotnej postaci i zastósowaniu okazała się błędną i którą sam Virchow porzucił, dziś w odświeżonej szacie się odradza, utrzymując się krócej lub dłużej na powierzchni prądu naukowego, zależnie od wartości umysłowej tego z epigonów mistrza, który podjął okruchy jego nauk. Dość tu wspomnieć o teoryi anaplazyi w rozmaitych jej odmianach, której porzucony przez samego twórcę pierwowzór odszukać można w pierwotnej jego hipotezie powstawania nowotworów.

Tę podatność, zdolność udoskonalenia, zawdzięczały zapewne teorye Virchowa tej okoliczności, iż starał się rozumować zawsze ściśle, nie naginając faktów, lub tego, co w danej chwili zdawało się być faktem krytycznie stwierdzonym, do powziętych z góry uprzedzeń. Miał też prawo napisać w przedmowie do swego dzieła o nowotworach: „Ich wage zu hoffen, dass auch strenge Kritiker mir das Zeugniss nicht versagen werden, dass ich eine ehrliche Arbeit vorlege, in welcher das Streben nach Wahrheit, nach Unbefangenheit und nach Gerechtigkeit vorwaltet“, a co prawdą jest nietylko o tem dziele, ale o dziele całego jego życia i to nietylko na polu naukowem. To też, choć losów, jakie czekają poglądy Virchowa, niepodobna przepowiadać na dłuższą metę, jak niepodobna przewidzieć, jakie nowe światy odkryją przyszłe

badania, to jednak zdaje się wolno już dziś przypuścić, że zasadnicze zapatrywania Virchowa mają warunki życia na kilka ludzkich pokoleń. A gdyby nawet tak nie było, przetrwa je szerszy cel, nakreślony przez ich twórcę na wstępie drugiej głównej jego pracy: „Das Buch wird seinen Zweck erfüllt haben wenn es Propaganda nicht für die Cellularpathologie, sondern nur überhaupt für unabhängiges Denken und Forschen in grossen Kreisen machen hilft“. Ten cel został osiągnięty; przez pół wieku z dzieł Virchowa płynął ożywczy strumień, rozlewając się szeroko we wszystkich dziedzinach nauk lekarskich, kierowany przez licznych, jego duchem natchnionych uczniów.

Odkrycie zjawiska biologicznego ma wartość bez porównania trwalszą, niż próba wysnucia z niego ogólniejszych wniosków. Więc też i te spostrzeżenia, które Virchow poczynił, z natury rzeczy przetrwają o wiele jego teorye. Pod tym względem bardzo niewielu biologów może się porównywać z Virchowem, zwłaszcza, że swoje odkrycia zawdzięczał on nie szczęśliwemu przypadkowi, ale świadomej swego celu, wytrwałej i systematycznej pracy. Poczynając od zbadania sprawy powstawania zakrzepu, szykują się te odkrycia w długi, organicznie powiązany szereg, w miarę jak jedno dokonane torowało drogę do następnych. Idą więc z kolei prace o zatorze, które znów wiążą się z poszukiwaniami w przedmiocie ropnicy i zapalenia. Rozjaśnienie sprawy ropnicy pociąga za sobą odkrycie białaczki, jako odrębnej choroby i dokładne jej wyświetlenie, które znów otwiera erę nowoczesnej patologii krwi i narządów krwiotwórczych. Drugą kopalnią nowych faktów były dla Virchowa badania nad złogami mineralnymi w ustroju, nad barwikami, powstającymi w warunkach chorobowych i t. d. Badania nad nowotworzeniem w warunkach patologicznych koronowało wielkie, choć niezupełnie ukończone dzieło o nowotworach, skupiające mnóstwo nowych spostrzeżeń, a znakomitą krytyką dawniejszych prowadzące do rozjaśnienia i uporządkowania tej rozległej, bardzo przedtem zachwaszczonej dziedziny patologii. Równocześnie zbierały się skrzętnie zapisywane drobniejsze i większe spostrzeżenia, cegiełki do największej budowy, do patologii celularnej. Jako pierwszą jej zapowiedź uważaćby można chyba już młodzieńcze zapasy Virchowa z największą może ówczesną powagą naukową, Rokitańskym, które ukończyły się zwycięstwem genialnego krytyka, a klęską zwalczanych teoryj, pętających rozwój patologii wszechwładnem pojęciem „crasis“. Podstawy nowego dzieła stwarzał Virchow odkryciami tej wagi, jak wykazanie istnienia komórek tkanki łącznej i zbadanie rozwoju tkanek tej gromady, ustaleniem w zakresie patologii tak zasadniczych prawd, jak owo słynne: „omnis cellula a cellula“, równocześnie czy wcześniej w embryologii wykazywane przez Remaka. Związanie zasadniczych spraw zdrowia i choroby z pierwociną tkanki, z komórką, wytyczające na długie lata kierunek dalszej drogi, oto wynik tej wieloletniej pracy, którą Virchow zdobył sobie na zawsze w dziejach miejsce obok swych wielkich poprzedników, Morgagniego i Bichata. A jeżeli bieg badań przekraczać poczyna już granicę, zakreśloną przez patologię komórkową, to jednak była i jest ona szczeblem, bez którego dalszy postęp nie byłby wogóle możliwy, a zasadniczej jej idei nie usuną przyszłe odkrycia tak samo, jak ona nie usunęła, lecz pogłębiła zasadniczą ideę patologii narządów i tkanek.

Ożywczy prąd, który Virchow tchnąć umiał we wszystko, czego się jął, dostrzega się nietylko w zakresie wiedzy patologicznej. W antropologii, do której pociągnęły go badania nad kretynizmem i nad chorobowymi kształtami czaszek, pozostawił wybitne ślady swej działalności, a Niemcy jemu dopiero zawdzięczają prawidłowy rozwój tej gałęzi nauki u siebie; zreformował nauczanie anatomii patologicznej i patologii, którym tak ważna przypadła rola w ostatniej dobie rozwoju nauk lekarskich; jemu przypisują rozpoczęcie w Niemczech ery wielkich reform na polu higieny publicznej. Zajmowanie się temi ostatniemi jest rysem bardzo znamiennym i dla umysłu i dla charakteru Virchowa.

Umysłowość ludzką porównał ktoś do powierzchni kuli; całości jej nigdy nie posiądzie jednostka, tak odrębne są pola myśli człowieczej. Na jednym biegunie mieści się twórczość artystyczna, na drugim ściśle naukowa; gdzieindziej szukać zdolności polityka, socyologa, gdzieindziej przyrodnika. I gdy na całość złożyćby się musiały wszystkie rodzaje umysłów, gdy zazwyczaj zakres duchowy jednego człowieka ledwo drobnemu odpowiada wycinkowi, to tylko wyjątkowym organizacyom psychicznym dano objąć większe przestrzenie, a bardzo rzadko jednoczą się kręgi myśli z różnych, przeciwległych nieraz dziedzin ducha. To ostatnie bywa darem nawet nie każdego, w ciaśniejszym zakresie jednej gałęzi wiedzy bezwarunkowo zresztą genialnego umysłu.

Virchow był jednak jednym z tych wybranych. W uczonym przyrodniku, w wielkim badaczu, wpatrzonym zda się z całem wytężeniem w zjawiska, które oderwaną od spraw walczącego i cierpiącego tłumu ludzkiego myślą przenikać trzeba, była dusza prawdziwie człowiecza, niezdolna zapomnieć o współbraci, rwąca się z zacisza pracowni w kłębiące dokoła życie, szukająca dróg do wysokich ideałów humanitarnych, szczęścia ludzkości. Jeżeli w Virchowie, stającym pod tym sztandarem, na którym wypisano postęp i wolność myśli i słowa, mógł jeszcze odzywać się badacz, którego działalność bez tych przywilejów pomyśleć się nie da, to w Virchowie, czyniącym marzycielski prawie wniosek rozbrojenia, zwalczany gwałtownie przez Bismarcka, w Virchowie, poświęcającym się zbadaniu praktycznych zagadnień higienicznych, wołającym o światło dla mas, działał tylko człowiek wrażliwy na wszelkie bliźnich bóle i nędze i badający sposoby ich ulżenia. I nie dość mu było lot swej myśli nagiąć do naukowego rozwiązywania tych zagadnień; on chciał być w całej pełni dobrym obywatelem swego kraju, nie uchylał się od ściśle praktycznej działalności, tak napozór odległej od jego „zawodu“. A gdy w niej szedł za popędem swego szlachetnego serca, gdy stawał na służbie swego miasta, swego kraju, zachowywał zawsze tę samą dążność do bezstronności, sprawiedliwości i prawdy, jaka go w badaniach naukowych prowadziła. Jeśli w chwili wybuchu wojny francuskiej wyrwały mu się z ust słowa oburzenia i nienawiści dla wroga, to wszak był to krok przywiązanego syna swej ojczyzny, który chyba nie trudno zrozumieć nam, Polakom...

Prócz tych burzliwych i niepewnych czasów dochował wierności prawdziwie męskiemu swemu hasłu: „Ich halte auf mein Recht, und darum erkenne ich auch das Recht der anderen an. Das ist mein Standpunkt im Leben, in der Politik, in der Wissenschaft“. W myśl tego pisał po powrocie ze Śląska: „Ludność Śląska jest polską ze względu na jej pochodzenie,

mowę i obyczaje. Dziś niemczyć ją zapóźno.... Nie róbmy więc próżnych usiłowań. Zwróćmy bieg kultury tego narodu we własne jego koryto przez założenie szkół, duchowi narodu odpowiednich, przez posłanie mu książek właściwych...."

Dobrze się stało, że słowa te przypomniał autor pięknej polskiej monografii o Virchowie. Byłaby może zamgliła je niepamięć, a przecież są one, dziś więcej jeszcze, niż kiedykolwiek, dowodem, że prawa innych nie były w ustach Virchowa frazesem. Dziś nam coraz trudniej wierzyć, że „vae victis" nie jest jeszcze powszechnem hasłem... Pociechą i pokrzepieniem jest módz stwierdzić, że duchy prawdziwie wielkie nie znają kompromisów z sumieniem dla jakichkolwiek szowinizmów. Bez tego stwierdzenia byłoby boleśnie na tem właśnie miejscu skazę wielkiej duszy zakrywać ogólnikiem, że wobec zasługi genialnych umysłów umilknąć powinny skargi ciemiężonych i zapomniane być wszystkie krzywdy. A tak nic nie mąci szczerości hołdu, jaki wraz z całą ludzkością winniśmy pamięci nietylko jednego z największych uczonych, ale i wielkiego człowieka.

Ale też może naprawdę i może rychlej, niżby się zdawało, sprawdzi się przepowiednia Eugeniusza Richtera i postać wielkiego zmarłego osnuje się legendą o pogrzebanej wraz z nim wielkoduszności i szlachetności tego narodu, gdzie dziś wśród rozpasania namiętności rasowych szlachetność dla przeciwników i sprawiedliwość dla słabszych zda się stawać jakby już tylko mytem...

Stanisław Ciechanowski.

II. Śródtorebkowe odcięcie *(resectio)* gruczołu krokowego, jako postępowanie normalne przy przeroście tego gruczołu*).

Podał

L. Rydygier.

Upłynęły już dwa lata od czasu, jak zaleciłem śródtorebkowe wyłuszczenie stercza *(prostata)*, celem leczenia przerostu tego gruczołu. W tym czasie z kilku stron, zwłaszcza z Ameryki, poczęto zalecać podobne metody. W ostatnich zaś czasach miał także Albarran, korzystając z obfitego pod tym względem materyału kliniki Guyona, wykonać cały szereg tego rodzaju operacyj, podobno z dobrym wynikiem.

Studyując zaś dalej operacyę tę na chorych mojej kliniki, przekonałem się, że przy całkowitem wyłuszczaniu śródtorebkowem gruczołu krokowego, jak to dawniej zalecałem, i to bez względu na to, czy tę część operacyi wykonywamy palcem, czy też półtępemi, specyalnemi narzędziami, niemal w każdym przypadku otwiera się pomimowolnie część krokową cewki. Nie straciłem wprawdzie pomimo tego powikłania ani jednego z operowanych, w każdym jednak razie niepożądany ten dodatek niepotrzebnie przedłuża i wikła okres leczenia pooperacyjnego; z czynnikiem tym tembardziej liczyć się należy, że „prostatycy", — to ludzie wiekowi, często o bardzo podupadłym stanie ogólnym. W potrzebie wybierać zatem dla nich należy metody operacyjne jak najłagodniejsze i jak najmniej narażające ich na możliwe niebezpieczeństwa. Te względy ostatnie skłoniły mnię właśnie do zalecania śródtorebkowego wyłuszczania gruczołu. Ponieważ zaś owo przypadkowe otwarcie cewki, o którem wyżej wspomniałem, przedłużając niepotrzebnie okres leczenia pooperacyjnego sprawia, że łatwa i łagodna sama przez się metoda śródtorebkowego wyłuszczenia traci na swej wartości, zalecam na przyszłość śródtorebkowe odcięcie płatów stercza z pozostawieniem tkanki gruczołowej, przylegającej do cewki *(resectio)*.

Postępujemy zatem tak: od międzykrocza odsłaniamy tylną powierzchnię gruczołu krokowego. Zwykle wystarcza do tego najmniej uszkadzające cięcie podłużne wzdłuż szwu krokowego. Zarzuciłem początkowo używane cięcie poprzeczne od jednego guza siedzeniowego do drugiego. Chociaż bowiem cięcie to daje niewątpliwie swobodniejszy dostęp do gruczołu, niż cięcie podłużne, jest jednak bez porównania bardziej obrażającem. niż to ostatnie. Więc cięcie poprzeczne zachować należy dla przypadków bardzo trudnych. To samo powiedzieć należy i o cięciu bocznem Dittla. W ostatnich kilku przypadkach cięcie podłużne wystarczało mi zupełnie. Pamiętać bowiem należy, że operacya śródtorebkowa jest znacznie łatwiejszą i prostszą od dawniejszego całkowitego wycięcia (prostatectomia). Cięcie moje sięga od nasady moszen do samej niemal rzyci.

Po przecięciu powięzi krokowej operuję w głębi na tępo, już to palcem, już też krzywemi nożyczkami, zbliżając się powoli do tylnej powierzchni gruczołu krokowego. Poprzednio wprowadzić należy możliwie gruby cewnik do pęcherza. Rozciągnąwszy hakami ranę w kierunku poprzecznym, odsłaniamy sobie tylną powierzchnię stercza, pokrytą torebką. Tę ostatnią przecinamy w pewnem oddaleniu od linii środkowej nożem poprzecznie, trzymając się bliżej dolnego brzegu. Chwytamy teraz w kleszczyki haczykowate brzegi szczeliny w torebce i łagodnie rozciągając je, wchodzimy palcem wskazującym do torebki, starając się palcem na tępo obluźnić odpowiedni płat stercza i przez otwór w torebce wydostać z niej na zewnątrz. Niekiedy udaje się to łatwo, kiedyindziej jednak torebka jest tak cienką i z tkanką gruczołową tak ściśle zrosłą, że się ciągle naddziera. Są zaś i takie przypadki, w których wyłuszczanie w głębi udaje się łatwiej, jak bezpośrednio pod torebką. W pewnem oddaleniu od cewki, zaznaczonej wyraźnie wprowadzonym cewnikiem, przestajemy tkankę gruczołową wyłuszczać. Wydzielony na zewnątrz torebki płat zwisa do rany na szypule, którą, niby wnęką, łączy się z płatem po stronie drugiej. Na tę szypułę, w pewnem oddaleniu od ścian cewki moczowej i równolegle do nich zakładamy, starając się uniknąć przewodu wytryskowego, długie kleszczyki i na zewnątrz od nich wyłuszczony płat odcinamy, czyli resekujemy.

Tak samo postępujemy po stronie przeciwnej.

Operacya ta jest zwykle łatwą, niezbyt krwawą, w przeciwieństwie do operacyi Dittla, o której E. Burckhardt pisze, że:... „nie jest bynajmniej łatwą i prostą technicznie... wymaga długiego, do trzech godzin trwającego, uśpienia.... podczas operacyi utrata krwi bywa bardzo znaczną". Trudno dziś stanowczo orzec, czy i jak często po tej operacyi, przypominającej pod niektórymi względami wycięcie wola, zdarzać się będą nawroty cierpienia, które, jak

*) Wedle wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 lipca, 1902 r.

Burckhardt wspomina, zdarzały się i po operacyi Dittla. Dopiero dłuższe spostrzeganie kliniczne operowanych wykaże, czy przekonanie moje, że nawroty do wyjątków chyba należeć będą, będzie prawdziwem. Wszakże bliznowate zaciągnięcie rany jamistej tak samo po tej operacyi powinno otworzyć swobodną drogę w zaciśniętej przedtem cewce moczowej, jak po resekcyi wola następuje swobodny oddech w spłaszczonej dawniej tchawicy.

III. O leczeniu operacyjnem raka macicy.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

(Według wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Po szeregu lat, poświęconych szukaniu nowych dróg i metod operacyjnych, tudzież wydoskonaleniu techniki operacyjnej, zaczęto zwracać coraz baczniejszą uwagę na trwałość wyników leczenia operacyjnego. Między innemi wysunęło się niebawem na pierwszy plan pytanie: jak często zdołamy trwale wyleczyć raka macicy zapomocą dotychczasowego leczenia operacyjnego?

W czasach jeszcze przed rozwojem ginekologii operacyjnej miała w leczeniu raka macicy szerokie zastosowanie amputacya części pochwowej, głównie zapomocą pętli galwanokaustycznej; w istocie znane są przypadki nawet trwałego wyleczenia raka części pochwowej zapomocą tej metody. Ponieważ jednak tylko początkowe i nizko usadowione w części pochwowej raki macicy mogły być w ten sposób skutecznie operowane, więc prawdziwym postępem była operacya Schroedera, polegająca na amputacyi nadpochwowej szyi macicy. Zaletą tego postępowania było podobnie jak przy amputacyi galwanokaustycznej pozostawienie macicy ewentualnie zdolnej do funkcyi rozpłodowej. Podobnie jednak, jak amputacya części pochwowej zapomocą pętli galwanokaustycznej, i operacya Schroedera pozostawiała bliznę, utrudniającą często odpływ krwi miesiączkowej i będącą nieraz przyczyną silnych dolegliwości, lub nawet nagromadzenia się krwi w macicy *(haematometra)*.

Najsilniejszym zaś zarzutem, jaki Schroederowskiej operacyi trzeba było zrobić, był brak skutku doszczętnego, gdyż pozostawiała ona w trzonie macicy czasem przerzutowe ognisko rakowe, nie mówiąc o tem, że nieraz wśród operacyi okazała się niemożność osiągnięcia granicy tkanki zdrowej w szyi macicy i trzeba było po amputacyi szyi przystąpić do wyłuszczenia całego trzonu macicy w warunkach trudniejszych, bez możności ściągania macicy ku dołowi. Z tych powodów zarzucono powszechnie amputacyę szyi macicy nadpochwową i dzisiaj bezmała tylko Hofmeier pozostał jej wierny przez pietyzm dla swego znakomitego nauczyciela.

Natomiast zdobyło sobie ogólne uznanie całkowite wycięcie macicy przez pochwę, jako doszczętny sposób operowania raka macicy i w miarę rozwoju techniki operacyjnej, tudzież pod wpływem postępowania przeciw — i bezgnilnego udało się tak dalece zmniejszyć niebezpieczeństwo całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, że przewyższa ono tylko całkiem nieznacznie niebezpieczeństwo amputacyi nadpochwowej Schroedera. Śmiertelność pooperacyjna wynosiła u Olshausena 6%, Zweifla 7·3%, Chrobaka 5·6% i t. d., wogóle przewyższa tylko nieznacznie 5%. Niebawem jednak wykazało coraz dokładniejsze spostrzeganie operowanych przypadków, że wyniki całkowitego wycięcia macicy przez pochwę pozostawiają wiele do życzenia pod względem trwałości wyleczenia raka. Przyjmując wedle ogólnie przyjętego zwyczaju 5 lat wolnych od nawrotu po operacyi jako normę trwałego wyleczenia raka wynika, że udało się trwale wyleczyć: Olshausenowi 38·5%, Chrobakowi 37·1%, Winterowi 29% operowanych zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę. Liczby te są prawdopodobnie trochę za wysokie i najprawdopodobniejszy odsetek trwałego wyleczenia raka macicy zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę wynosi tylko 20—25%. W następstwie tego zaczęli niektórzy operatorowie szukać za bardziej doszczętnym sposobem leczenia operacyjnego raka macicy, nastąpił zwrot ku dawno porzuconej operacyi Freunda, a więc całkowitemu wycięciu macicy zapomocą laparotomii, z którem połączono wycięcie gruczołów chłonnych, i przylegającej tkanki łącznej i tłuszczowej *(operatio radicalis abdominalis)*.

Dążeniu temu niepodobna wogóle odmówić pewnej konsekwencyi. Wszak stosując się do zasad chirurgii staramy się wszędzie usunąć nietylko złośliwy nowotwór, ale i gruczoły przylegające. Gdy jednak np. wyjęcie gruczołów chłonnych i tkanki łącznej pachy jest tylko nieznacznem powiększeniem niebezpieczeństwa amputacyi sutka, w zastosowaniu do macicy zmusza do długotrwającej, nader ciężkiej laparotomii, zamiast o wiele mniej niebezpiecznego całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, połączonego z otwarciem jamy otrzewnowej w miejscu najmniej niebezpiecznem od dołu i prawie z zupełnem pominięciem jelit. Stosunki anatomiczne miednicy, a przedewszystkiem siedziba gruczołów chłonnych wzdłuż potężnych naczyń, z któremi często są kolosalnie pozrastane, stają się przyczyną, że doszczętne usunięcie gruczołów chłonnych może się udać tylko czasem, a najczęściej jest wręcz niewykonalne.

A choćbyśmy nawet wyłuszczyli wszystkie dostrzegalne gruczoły, to pozostawimy przynajmniej przewody chłonne, które mogą być także zakażone rakiem. Operując zatem zapomocą laparotomii, wykonujemy zabieg operacyjny zagrażający w wysokim stopniu życiu operowanej, nie mogąc równocześnie mieć pewności, że w istocie uda nam się wydalić wszystkie zajęte gruczoły i przewody chłonne. I tutaj tkwi główny zarzut, jaki temu postępowaniu zrobić musimy, mianowicie zarzut niepewności, czy potrafimy w istocie usunąć wszystkie rakiem już zakażone ogniska. Nawet jeden z najżarliwszych wyznawców i propagatorów tej operacyi, Wertheim, przyznaje, że wyluszczenie wszystkich gruczołów chłonnych nie zawsze jest możliwe *(Verhandlungen d. deutschen Gesellsch. f. Gynaekol. IX)*.

Gdyby nie ta niepewność, nie potrzebowałaby nas przerażać kolosalna śmiertelność operacyi, jeżeliby niebezpieczeństwo jej mogło być równoważone trwałością wyleczenia. Jeszcze za krótki jest czas, ażeby mieć statystyczne daty co do trwałości wyleczenia raka macicy zapomocą laparotomii *(operatio radicalis abdominalis)*, nie ulega jednak wątpliwości, że z powodu niemożności doszczętnego usunięcia wszystkich gruczołów chłonnych, tylko czasem potrafimy uczynić wyniki leczenia bardziej trwałe, niż zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę. — Winter *(Verhand. der deutschen Gesellsch. f. Gyn. IX.)* oblicza śmiertel-

ność *operatio radicalis abdominalis* raka macicy na 24·6%, wśród 134 przypadków; Wertheim zaś stracił w pierwszej seryi (29 przypadków) 38% operowanych *(A. f. G. Bd. 61 Hft 3)*, a w drugiej seryi (28 przypadków) 21·4% operowanych *(Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. IX)*. Ten kolosalny niestosunek między wątpliwą trwałością wyleczenia a bezpośredniem niebezpieczeństwem operacyi nie da się nigdy wyrównać. Pomimo wszelkich bowiem usiłowań przedstawienia niebezpieczeństwa doszczętnej operacyi brzusznej (abdominalnej) w świetle bardziej korzystnem, nie ulega wątpliwości, że przewyższa ono wszystkie inne laparotomie. Być może, że modyfikacye Mackenrodta *(Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn. IX.)*, Amanna (tamże) i Herffa *(Beiträge f. G. u. G. Bd. 6, Heft 1)*, polegające na wspólnem dążeniu do jak najmniejszego nara żania jamy otrzewnowej na zakażenie, zdołają jeszcze trochę obniżyć odsetek bezpośredniej śmiertelności z powodu operacyi, pozostanie on jednak jeszcze zawsze tak wysoki, że tylko niewielu operatorów potrafi się oprzeć jego przygnębiającemu wrażeniu. Gorzej jeżeli nie to ostatnie, lecz względy oportunizmu kierują postanowieniami lekarza. Słychać bowiem o operatorach, którzy w praktyce prywatnej operują przypadki raka macicy zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, podczas gdy tylko wśród chorych klinicznych, względnie szpitalnych, wyszukują przypadki dla doszczętnej operacyi brzusznej (abdominalnej). Wskazania do zabiegu operacyjnego, zawisłe od względów oportunizmu, sprzeciwiają się zasadom etyki i uczciwości! Tym zaś operatorom, którzy przy raku macicy wykonują laparotomię, a równocześnie rozszerzają nadmiernie wskazania do operacyi przez pochwę nawet wielkich guzów macicy, jajników lub trąbek, nie można oszczędzić zarzutu nielogiczności. Z jednej strony bowiem pozbawiają się drogi naturalnej i operacyi łatwiejszej i mniej niebezpiecznej, z drugiej strony zaś obierają drogę niepewną i trudną.

Technika całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, jakkolwiek doprowadzona już dawno do wysokiego stopnia doskonałości, może być jeszcze zawsze ulepszona, jeżeli zwrócimy uwagę przedewszystkiem na te niebezpieczeństwa, które są najbardziej groźne. Ponieważ największa liczba operowanych umiera na posocznicę, z powodu niedostatecznego przygotowania pola operacyjnego, więc należy przeprowadzić jak najstaranniej przedoperacyjne przygotowanie pochwy i macicy, tembardziej w przypadkach, gdzie zwyrodnienie rakowate sięga w głąb szyi lub trzonu macicy. W przygotowaniu pola operacyjnego odgrywa także bardzo ważną rolę należyte wypróżnienie jelit i niejedno pozornie niezrozumiałe niepowodzenie całkowitego wycięcia macicy przez pochwę ma swoje źródło w zanieczyszczeniu drobnoustrojami kałowymi.

Zagadnienie sporne stanowi po dzień dzisiejszy zaopatrywanie więzów szerokich macicy. Używaniu podwiązek przeciwstawiono klamry. Że ten ostatni sposób zaopatrywania więzadeł szerokich ułatwia w wysokim stopniu operacyę, nie ulega wątpliwości. Mimo to nie mogę przyłączyć się do jego zwolenników, a przedewszystkiem dlatego, ponieważ znane są przypadki śmiertelnego krwotoku po usunięciu klamer, podczas gdy krwotok jest wykluczony przy starannem założeniu jedwabnych podwiązek. Że dolegliwości pooperacyjne są stanowczo większe przy klamrach, niż przy podwiązkach, że niebezpieczeństwo zrostu jelita z kikutami, niebezpieczeństwo niedrożności jelit lub nawet zgorzel jelita uciśniętego przez koniec klamry sterczącej ku górze powinno także wchodzić w rachubę przy ocenieniu tego sposobu operowania, muszę podnieść z naciskiem. Dlatego powinniśmy posługiwać się klamrami tylko wyjątkowo przy całkowitem wycięciu macicy przez pochwę, gdy zły dostęp, krótkość więzów szerokich lub nadmierne powiększenie macicy sprawiają, że założenie podwiązek jest nader trudne lub wręcz niemożliwe.

Ażeby ułatwić dostęp do pola operacyjnego zalecił Schuchardt *(Centralbl. f. Chirur. 1893, Nr. 51 i Monatsschr. f. G. u. G. Bd. XIII. Hft 6)* wykonywać w każdym przypadku całkowitego wycięcia macicy przez pochwę „cięcie parawaginalne". Staude (*Monatsschr. f. G. u. G. Bd. XV. Hft 6)* zalecił w ostatnich czasach używanie nawet dwóch cięć „parawaginalnych". W ten sposób da się uzyskać szeroki dostęp do macicy przez pochwę, trudno jednak zgodzić się na używanie tych cięć w każdym przypadku, a o wiele jest racyonalniej posługiwać się niemi tylko wtedy, gdy zachodzi konieczna potrzeba. I w tym sensie używało już dawno przedtem wielu operatorów cięć rozszerzających przy nader wązkiej pochwie lub zbyt wielkiej macicy. Nie można jednak zgodzić się w każdym przypadku na niepotrzebne wywołanie dużej rany w pochwie, która trudno się goi, a co gorsza zwiększa niebezpieczeństwo wszczepienia raka.

W celu poprawienia wyników całkowitego wycięcia macicy przez pochwę nie można dostatecznie podnieść znaczenia toalety kikutów. Idąc za radą Schauty najlepiej jest wszywać kikuty ile możności zawsze z obu stron w rogach pochwy w ten sposób, że pozostawiamy tylko mały otwór w środku w celu wprowadzenia małego sączka do jamy Douglasa. W ten sposób części kikutów, ulegające zgorzeli, znajdują się w pochwie i nie narażają otrzewnej na następowe zanieczyszczenie, podczas gdy późniejsze usunięcie podwiązek przymocowanych do brzegu pochwy nie sprawia żadnych trudności.

Przyszycie otrzewnej przedniego załamka *(plica vesicouterina)* do brzegu przedniej ściany pochwy, tudzież otrzewnej jamy Douglasa do brzegu tylnej ściany pochwy, poprzedzające założenie podwiązek, odgrywa także nie małą rolę, jako dopełnienie jednego z warunków gładkiego gojenia się rany.

Jak widzimy zatem technika całkowitego wycięcia macicy przez pochwę dozwala żywić nadzieję dalszego poprawienia bezpośrednich wyników operacyjnych, jeżeli będziemy ściśle przestrzegać tych zasad, które ze stanowiska chirurgicznego jedynie słusznemi nazwać można. Zatem nie szukając dróg nowych, lecz wydoskonalając we wszystkich szczegółach dawną, w wielu tysiącach przypadków wypróbowaną metodę całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, możemy dojść jeszcze do znacznego poprawienia bezpośrednich wyników leczenia operacyjnego raka macicy.

Są jednak do spełnienia jeszcze inne ważne zadania, mianowicie: jak najprędsze rozpoznanie i operowanie. Już wielokrotnie podnoszono trudność wczesnego rozpoznania jako największą przeszkodę w osiągnięciu lepszych i trwalszych wyników leczenia operacyjnego raka macicy. Jeden z ostatnich dał temu wyraz Winter na końcu swego sprawozdania, opracowanego dla IX-go Zjazdu Towarzystwa

ginekologicznego niemieckiego słowami: „Przyszłość leczenia chirurgicznego raka macicy nie polega na jak najdalej posuniętych, lecz na jak najwcześniej wykonanych operacyach".

Ciemnota, fałszywa wstydliwość i brak zaufania są główną przyczyną, dla której kobiety chore na raka macicy wcale nie, lub przeważnie zapóźno, szukają rady u lekarza. Zapobiedz temu można podniesieniem poziomu oświaty, gdyż od tej zawisło zaufanie do lekarza i przekonanie o potrzebie leczenia. Bardzo ważnym czynnikiem poprawy mogłaby być także instytucya lekarzy domowych, którzy będąc stałymi doradcami rodziny, pozyskują łatwiej jej zaufanie i mogą chorobę w samym początku rozpoznać.

Ponieważ atoli rozpoznanie wczesnego okresu zwyrodnienia rakowatego macicy nie jest łatwe, więc bardzo wiele zawisło także od wykształcenia i sumienności lekarza, który, nie rozporządzając sam zasobem specyalnych wiadomości, powinien postarać się zawczasu, by chore dostały się w zawodowe ręce. Mimo to pozostaną jeszcze zawsze te wyjątkowe przypadki, w których rak macicy rozwija się prawie bez żadnych objawów. Znajdujemy wówczas nieraz już daleko posuniętego raka macicy, nawet nacieki w tkance łącznej podotrzewnowej, jakkolwiek nie było żadnych objawów chorobowych. Na szczęście są to przypadki rzadkie. Z chwilą, gdy rak macicy przeszedł już na jej otoczenie, nie należy wykonywać żadnego doszczętnego zabiegu operacyjnego, a więc przeciwskazane jest całkowite wycięcie macicy przez pochwę, tak samo jak laparotomia (*operatio radicalis abdominalis)*, gdyż z góry wiemy, że nie zdołamy wszystkiego usunąć i nie wstrzymamy choroby ani na chwilę w pochodzie. Natomiast w przypadkach tych możemy przynieść ulgę, a nawet wielki pożytek chorym zapomocą leczenia zachowawczego, t. j. wyskrobania mas rakowatych, przypalenia żegadlem i leczenia następowego środkami żrącymi i odkażającymi. Wśród tych rozpaczliwych przypadków bywają i takie, gdzie uda nam się utrzymać chore przez czas dłuższy (2—3 lata i dłużej) w znośnym stanie, a nieraz stan chorych tak bardzo się poprawia, że są wolne od wszelkich dolegliwości, przybywa im wagi i uważają się przez czas dłuższy za zupełnie zdrowe. Są to twarde postacie raka *(scirrhus)* o powolnym przebiegu. Dlatego należy być ostrożnym w rokowaniu *quoad vitam* tych chorych, które żyją często znacznie dłużej, niż im naszym horoskopem rokujemy. Nawet zapomocą najdoszczętniejszego zabiegu operacyjnego nie potrafilibyśmy u tych chorych osiągnąć lepszego wyniku, niż zapomocą leczenia zachowawczego; przeciwnie narazilibyśmy w wysokim stopniu życie operowanych, które, jeżeli przetrwają szczęśliwie ciężką operacyę, nie żyją dłużej i lepiej od tych, które traktujemy zachowawczo.

Należy zatem pamiętać, że w leczeniu operacyjnem raka macicy muszą być już z góry zakreślone pewne granice co do sposobów, którymi skutecznie pomoc nieść możemy, z powodu osobliwych warunków anatomicznych, dozwalających nowotworowi rozszerzać się nader szybko na otoczenie macicy drogą mnóstwa przewodów i gruczołów chłonnych, tudzież nader złośliwej natury nowotworu. Szczególnie rak szyi macicy zajmuje wśród raków innych narządów jedno z pierwszych miejsc co do złośliwości.

Jako punkta wytyczne leczenia raka macicy podnoszę zatem następujące zasady:

1. Jak najwcześniejsze rozpoznanie.
2. Jak najwcześniejsze całkowite wycięcie macicy przez pochwę z użyciem podwiązek jedwabnych i wszyciem kikutów do pochwy po jak najstaranniejszem przedoperacyjnem przygotowaniu pochwy, macicy i jelit.
3. Laparotomia tylko przy nadmiernem powiększeniu macicy.
4. Leczenie zachowawcze w obecności nacieków w otoczeniu macicy.

Czułem potrzebę wziąść w obronę metodę całkowitego wycięcia macicy przez pochwę przeciw usiłowaniom zastąpienia jej laparotomią, polegającą na wyjęciu macicy, tkanki otaczającej i gruczołów chłonnych miednicy *(operatio radicalis abdominalis)*. Nie wątpię bowiem ani na chwilę, że tak jak z jednej strony wyniki całkowitego wycięcia macicy przez pochwę dadzą się jeszcze znacznie polepszyć zapomocą wczesnego rozpoznania, większej staranności przygotowania przedoperacyjnego pochwy, macicy i jelit, tudzież przestrzegania pewnych ważnych, przedtem przezemnie podniesionych szczegółów techniki operacyjnej, tak z drugiej strony nie możemy oczekiwać poprawy wyników leczenia operacyjnego raka macicy zapomocą laparotomii, nie dającej rękojmi usunięcia wszystkich ognisk rakowych z otoczenia macicy, a połączonej z kolosalną bezpośrednią śmiertelnością.

IV. Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 *a)* u. k.?

Podał

Dr. Adam Szulisławski

Docent Uniwersytetu lwowskiego.

W okulistycznej praktyce sądowo-lekarskiej stajemy bardzo często wobec konieczności stanowczej odpowiedzi na to pytanie Dla wszystkich laików, a wielu także lekarzy, nie przedstawia ona żadnych trudności. Ani na chwilę nie wahają się z oświadczeniem: „oczywiście że tak, — czyż mogłoby wogóle być inaczej?" Rozumowanie ich jest krótkie i proste: „skoro natura mi dała dwoje oczu, więc sumę tego, co widzę jednem i drugiem okiem, nazywam wzrokiem. To całość. Jeżeli stracę jedno oko, straciłem połowę całości, czyli 50% z mego wzroku. Jeżeli przedtem każdem okiem z osobna bystro widziałem, t. j. miałem po 50% na każdem oku, obecnie zaś widzę skutkiem plamki rogówkowej lewem tylko $^1/_2$ tego co dawniej, a więc już nie mam 50% na tem oku, lecz tylko 25%, — to mam w rzeczywistości: nienaruszone 50% na prawem, *plus* 25% na lewem, czyli razem 75% mego dawnego wzroku. Strata moja, czyli trwałe upośledzenie wzroku, wynosi przeto 25%". „Tu, panie, liczby mówią".

A jednak nie jest to ani takie proste, ani takie łatwe i zobaczymy, że przy bliższem rozpatrzeniu okaże się ten rachunek zupełnie fałszywym.

Chcąc tę sprawę należycie zrozumieć i ocenić, musimy ją oświetlić z kilku punktów. Więc rozebrać ją ze stanowiska czysto naukowego, lekarskiego i okulistycznego, — powtóre wykazać jej znaczenie w zwykłem, codziennem życiu pod względem praktycznym, t. j. zarobkowym, gospo-

darczym, — powiedzmy użytkowym, a w końcu przystosować wyniki do brzmienia § 156 *a)*, obowiązującej ustawy karnej.

Postępując tedy w tym porządku, musimy sobie przedewszystkiem uprzytomnić, że to, co nazywamy wzrokiem, jest pojęciem złożonem z wielu i różnorodnych czynników, nazwijmy je fizycznymi elementami widzenia, które dopiero razem wzięte, stanowią pełnię wrażeń wzrokowych i dają podstawę do wytworzenia się wyobrażeń i pojęć o przedmiotach świata zewnętrznego. Składa się na nie widzenie naośne, widzenie obwodowe (pole widzenia), czucie mięśniowe i złączona z niem zdolność oceniania odległości (nazwijmy to krótko „poczuciem bryłowatości"), czucie światła i barw, zdolność odbierania wrażeń i ich przyswajania, t. j tworzenia się obrazów na siatkówce, przewodzenia podniet wzdłuż nerwów wzrokowych i wreszcie przerobienia ich w ośrodkach nerwowych.

Operowanie wszystkimi tymi czynnikami w naszych rozumowaniach utrudniłoby niezmiernie jasne przedstawienie rzeczy, a jest też zupełnie zbyteczne wobec faktu, że wszystkie one dadzą się odnieść i znajdują swój wyraz w trzech pierwszych, t. j. widzeniu naośnem (*N*.), obwodowem (*P*.) i poczuciu bryłowatości (*B*.). Z istnienia tych trzech czynników wnosić możemy na pewno o istnieniu reszty, — a są to wszystko ilości wymierne, a więc przydatne do ścisłych obliczeń. Zmiany urazowe w czuciu światła i barw mogą się wprawdzie przydarzać jako objawy odosobnione. Nie mają one jednak nigdy znaczenia utraty lub trwałego upośledzenia wzroku i dla tego możemy je tu również pominąć.

Rozpatrzmy tedy te trzy elementy widzenia pojedynczo i starajmy się zmierzyć ich wartość dla pełnego aktu widzenia.

Zbytecznem by było nad tem się rozwodzić, że pierwsze miejsce dzierży widzenie naośne (*N*.). Każde uszczuplenie tego czynnika najdotkliwiej odbija się na całości, a zupełny ubytek równa się ślepocie. Widzenie obwodowe (*P*.) natomiast mniej przemożny wpływ wywiera na całość. Jest też rzeczą łatwo zrozumiałą, że mniejsze lecz obwodowe ubytki w polu widzenia pozostają na dzielność wzroku i zdolność do pracy bez żadnego niemal wpływu, większe zaś, po prostu mówiąc, mniej szkodzą, niż drobne nawet uszczuplenie widzenia naośnego. To samo, tylko w wyższym jeszcze stopniu odnosi się do trzeciego czynnika, t. j. poczucia bryłowatości. Istnienie jego wogóle zależy przedewszystkiem od sprawności dwóch pierwszych czynników, to też i ważność jego dla ogólnego aktu widzenia jest, w porównaniu z N. jeszcze mniejsza, niż pola widzenia. Fakt ten i wzajemny stosunek tych trzech czynników do siebie jeszcze plastyczniej wystąpi, gdy się zajmiemy rozbiorem pojęcia, które tu jako „poczucie bryłowatości" oznaczyłem.

Gdybyśmy teraz za przykładem Magnusa [1]), który pierwszy podał naukowo uzasadnioną, racyonalną i sprawiedliwą formułę do obliczenia ubytku zdolności zarobkowej przy uszkodzeniach oczu, chcieli się pokusić o ułożenie podobnego wzoru matematycznego na określenie wzroku, to, chcąc dać wyraz rozmaitej wartości (a raczej ważności) *N*, *P* i *B* w ogólnym akcie widzenia, wprowadzićbyśmy musieli do wzoru: *N*, w pełnej jego wartości, *P* i *B* zaś jako pierwiastki. Ogólnej wartości wzoru zmienićby to na razie nie mogło tak długo, dopóki pole widzenia i poczucie bryłowatości byłoby prawidłowe, t. j.

$$P = 1 \text{ i } B = 1; \text{ gdyż } \sqrt[n]{1} = 1.$$

Zupełnie inaczej rzecz się będzie miała, skoro *P* stanie się mniejszem i wynosić będzie n. p.

$$\frac{P}{n}; \text{ gdyż } \sqrt{\frac{P}{n}} > \frac{P}{n},$$

t. j. wartość pierwiastka z ułamka jest większą od wartości samego ułamka i będzie tem większą, im wyższym jest wykładnik pierwiastkowy. W ten prosty sposób osiągniemy, że *P* i *B*, które jak wiemy mniejszy wywierają wpływ na całość *W*, nie uszczuplą wartości pełnego wzoru o całą ilość tego, cośmy utracili w *P* i *B*, lecz o ilość mniejszą, bo

$$\sqrt{\frac{P}{n}} > \frac{P}{n}, \text{ a } \sqrt{\frac{B}{n}} > \frac{B}{n}.$$

Ponieważ zaś wartość pierwiastka z ułamka jest tem większą, im wyższy wykładnik, będziemy więc mogli stosownie do danego przypadku, zwiększając lub zmniejszając wykładnik, wpływać bezpośrednio na ogólną wartość wzoru. Przy wprowadzeniu do wzoru *B*, musimy oczywiście dać wyraz temu, że ono ma jeszcze mniejszy wpływ na *W* od *P*. Jeżeli tedy na oznaczenie pozostałej reszty pola widzenia wprowadzimy n. p. $\sqrt[r]{\frac{P}{n}}$, to na oznaczenie pozostałości z poczucia bryłowatości będziemy musieli dać wyższy wykładnik, n. p. $\sqrt[r+\rho]{\frac{B}{n}}$.

Według tego cośmy wyżej powiedzieli, wyglądałby wzór nasz, jak następuje:

$$W = N \times \sqrt[r]{P} \times \sqrt[r+\rho]{B}.$$

Winienem tu jeszcze wytłómaczyć, dla czego we wzorze tym przedstawiono wzrok *(W.)*, jako iloczyn fizycznych elementów widzenia

$$N \times \sqrt[r]{P} \times \sqrt[r+\rho]{B}.$$

nie zaś jako ich sumę

$$N + \sqrt[r]{P} + \sqrt[r+\rho]{B},$$

jakby to na pozór wydawało się właściwszem. Gdyby to była suma, to w stosunkach prawidłowych gdy

$$N = 1, \sqrt[r]{P} = 1 \text{ i } \sqrt[r+\rho]{B} = 1,$$

mielibyśmy $W = 3$. Natomiast przy zupełnym ubytku n. p. naośnego widzenia, a więc gdy $N = 0$ wyglądałby wzór:

$$W = 0 + \sqrt[r]{1} + \sqrt[r+\rho]{1} = 2,$$

coby urągało wszelkiej logice i rzeczywistości, gdyż jasnem jest, że utrata naośnego widzenia równa się zupełnej utracie wzroku. Przeciwnie, jeżeli pojmiemy wzrok, jako iloczyn tych trzech czynników, to w stosunkach prawidło-

[1]) Leitfaden für Begutachtung und Berechnung von Unfallsbeschädigungen der Augen. Breslau 1894.

Die Einäugigkeit in ihren Beziehungen zur Erwerbsfähigkeit. Breslau 1895.

wych, gdy każdy z nich $= 1$, także i iloczyn. t. j. $W = 1$. Natomiast gdy którykolwiek z czynników zupełnie ubędzie, t. j. stanie się $= 0$, cały iloczyn będzie również $= 0$, czyli $W = 0$.

Odnośnie do tego wzoru musimy celem uniknięcia możliwych nieporozumień zwrócić uwagę na jeszcze jedną bardzo ważną okoliczność, t. j. na różnicę w pojęciu utraty wzroku pod względem naukowym — a użytkowym $W = 0$, czyli zupełna utrata wzroku istnieje ze stanowiska naukowego, okulistycznego, tylko przy zupełnej utracie poczucia światła Przypadek taki zaszedłby wówczas, gdyby we wzorze naszym było $N = 0$ *i* $P = 0$ — ostatni czynnik B naturalnie sam przez się odpada. Jeśli jednak $N = 0$ podczas gdy P zresztą pełną swą wartość posiadać będzie, to pod względem naukowym nie może być wcale mowy o zupełnej utracie wzroku, gdyż widzenie obwodowe istnieć będzie, a nawet jakaś tam marna część bardzo uszczuplonego poczucia bryłowatości, o ile to wogóle możliwe na obwodzie. A jednak wzór nasz okazuje $W = 0$. I słusznie, bo pod względem użytkowym wzrok, zupełnie pozbawiony naośnego widzenia, nie ma najmniejszego praktycznego znaczenia i nie wystarczy do wykonania jakiejkolwiek pracy. Łatwo również pojąć, że utrzymanie nawet dobrego naośnego widzenia przy zupełnem zniesieniu pola widzenia, jakby się to n. p. w obustronnej hemianopsyi korowego pochodzenia przygodzić mogło, będzie ze względów praktycznych równoznaczne z ślepotą, gdyż stan taki musi pociągnąć za sobą całkowitą niemożność oryentowania się w otoczeniu, a co za tem idzie zupełną i trwałą niezdolność do jakiejkolwiek pracy. — Podobnie rzecz się ma i z trzecim czynnikiem, chociaż to na pozór trudniej zrozumieć. Jeżeli jednak przez poczucie bryłowatości pojmiemy całą zdolność oryentowania się w przestrzeni, to przyznać musimy, że zupełny brak tego czynnika uczyni posiadanie dwóch pierwszych zupełnie iluzorycznem, — gdyż na nic się one przydać nie mogą. Chory taki widząc, zachowuje się jak zupełnie ślepy, nie omija przeszkód, nie zdaje sobie zupełnie sprawy z położenia otaczających go przedmiotów, bez pomocy chodzić nie może. Nawiasem wspomnę, że spostrzegałem jeden taki bardzo szczególny przypadek wspólnie z kolegą Feuersteinem. Że o wykonywaniu jakiejkolwiek pracy wśród takich warunków, a więc zużytkowaniu wzroku wcale mowy być nie może, jest zupełnie naturalnem. A stąd słusznem jest, że gdy $\sqrt[r+p]{B} = 0$, także i $W = 0$.

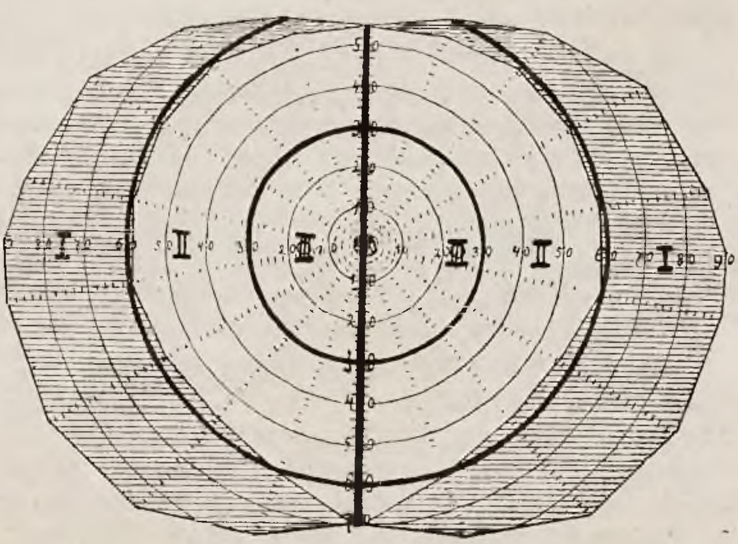
Zresztą powiedzmy wyraźnie, że wspominając o tej trzeciej możliwości, czynimy to raczej ze względów teoretycznych, celem wszechstronnego oświetlenia wzoru: w rzeczywistości, t. j. w praktyce, dzieje się bowiem z reguły tak, że gdy obecne N *i* P, istnieje już tem samem także B. Widzimy przeto, że wzór nasz który, ma na celu oznaczyć użytkową wartość wzroku, właściwie wyżej ocenia stratę, niżby to z teoretycznego punktu widzenia wypadało. Ze stanowiska jednak sądowo-lekarskiego jest to właściwie zupełnie wszystko jedno. Skoro bowiem ustawodawca wymienia obok siebie wyraźnie utratę wzroku i trwałe osłabienie wzroku i stawia je na równi, to czy ubytek jednego z tych czynników ocenimy ze stanowiska użytkowego według wzoru, jako utratę wzroku, czy ze stanowiska ściśle naukowego, jako trwałe osłabienie wzroku, zawsze nas to zaprowadzi do § 156 *a)* u. k.

Zastanówmy się teraz jakim zmianom ulegnie rzeczywista wartość naszego wzoru, t. j. W., przy zupełnej utracie widzenia na jednem oku. Bierzemy z umysłu najgorszy przypadek, gdyż ułatwi to z jednej strony rachunek, z drugiej strony najlepiej wykaże ubytek we wzroku, przy jednostronnej, już nie utracie, lecz tylko obniżeniu widzenia.

Najprostszem będzie rozpatrzeć kolejno poszczególne czynniki, wchodzące w skład powyższego wzoru, obliczyć dla każdego wartość przy całkowitej utracie zdolności widzenia na jednem oku i wstawić je do wzoru.

Widzenie naośne *(N)* najmniej nam sprawi trudności. Jeżeli ktoś przed uszkodzeniem widział w dal każdem okiem $^6/_6$, to po utracie jednego oka widzi również $^6/_6$, czyli to samo, co przedtem. Z widzenia więc naośnego, t. j. czynnika, który na wartość wzoru (czyli wzroku) przemożny wpływ wywiera i jest, jak wiemy, dla wzroku najważniejszym, — nic nie utracił. Słusznem więc jest, że do nowego wzoru wprowadzimy N w pełnej jego wartości.

Ubytek w polu widzenia najlepiej ocenimy z dołączonego tu rysunku Schrötera, który wyjmujemy ze wpomnianej pracy Magnusa.



Rysunek ten przedstawia pole widzenia obydwu oczu, podzielone na 3 pola, każde po 30°. Pierwsze z nich rozciąga się od obwodu do 60°, drugie od 60°—30°, trzecie od 30°—0°, tj. do punktu środkowego. Środkowa, biała część pola widzenia jest wspólną dla obydwu oczu; obie skrajne pokreskowane, należą lewa, tylko do lewego oka, prawa tylko do prawego oka. Najczulszemi przeto i najważniejszemi dla wzroku, jak to już Schröter podnosi, co wreszcie zupełnie jest zrozumiałe, są dwa pola wewnętrzne, znacznie mniej czułem i mniej ważnem jest pole obwodowe. Zważywszy jednak, że odpowiada ono znacznie większym co do rozmiarów partyom siatkówki, od środkowych, mniejszych wprawdzie, lecz za to bez porównania czulszych, wydaje mi się propozycya Magnusa, aby je w obliczeniach za równe uważać, zupełnie słuszną. Tak też postąpimy. Średnica prostopadła dzieli te pola na 6 równych części. Z rysunku tego jasno, wynika, że utrata zdolności widzenia na jednem oku pociągnie za sobą utratę $^1/_6$ obwodowej części pola widzenia. Pozostaje więc $^5/_6$, które z wyżej przytoczonych, zu-

pełnie już zrozumiałych powodów wejdzie do wzoru jako $\sqrt[3]{\frac{5}{6}}P$. Nie będzie może zbytecznem, jeśli tu dodam, że ubytek ten $^1/_6$ obwodowej całkowitego pola widzenia bardzo łatwo uczą się jednoocy wyrównywać przez szybkie wprost bezwiedne ruchy głowy tak, że w krótkim czasie nie odczuwają oni żadnego z powodu tej straty upośledzenia. Jeżeli tedy przyjmiemy wobec tego sześcienny wykładnik pierwiastkowy, oceniliśmy stratę raczej za wysoko, niż za nizko.

Ocenienie ważności trzeciego czynnika t. j. poczucia bryłowatości *(B.)* wymaga obszerniejszego nieco omówienia. Rzecz tę znajdzie czytelnik szczegółowo przedstawioną w wiekopomnem dziele Helmholtza [1]), z którego czerpię i przytaczam te tylko szczegóły, które do zrozumienia sprawy są niezbędnie potrzebne.

Aby nabrać wyobrażenia o rzeczywistem rozmieszczeniu widzianych przedmiotów w przestrzeni, potrzeba módz oznaczyć kierunek, w którym pojedyncze punkta danego przedmiotu leżą (rozmiary powierzchni), a nadto ocenić odległość każdego z nich z osobna od naszego oka (rozmiary głębokości).

Ocenienie rozmiarów powierzchni jest równie dokładne jednem, jak obydwoma oczyma; będziemy się więc starali zbadać tu tylko, w jaki sposób dochodzimy do pojęcia odległości widzianych przedmiotów od naszego oka.

Ze środków, prowadzących do tego celu, musimy przedewszystkiem oddzielić te, które na podstawie nabytego doświadczenia o rozmaitej przyrodzie widzianych przedmiotów, dają nam już *a priori* wyobrażenie odległości — od tych, które biorą swój początek w świeżem, w danej chwili doznawanem wrażeniu, t. j. stanowią rzeczywiste postrzeganie odległości. Na to ostatnie składają się: 1) czucie natężenia akomodacyi, 2) postrzeganie przy ruchach głowy i ciała, 3) równoczesne użycie obydwu oczu.

Krótko będziemy się mogli załatwić z pierwszym czynnikiem głównym, to jest wyobrażeniem odległości; składa się bowiem nań wszystko to, co pod względem rozmiarów głębokości możemy rozróżnić jednem tylko okiem, przy zupełnie unieruchomionej głowie i całkowitem zwolnieniu akomodacyi. Wchodzi tu w grę: a) nabyta doświadczeniem znajomość wielkości widzianych przedmiotów, b) ich kształtu, c) układanie się świateł i cieniów (światłocień), d) zaćmienie leżącego przed nimi powietrza (perspektywa powietrzna). Jasną jest rzeczą, że żaden z tych wymienionych tu czynników nie dozna najlżejszego nawet uszczerbku przy zupełnej utracie jednego oka i dla tego pomijam tu szczegółowy ich rozbiór, chociaż byłoby to bardzo nęcące. Dodam tylko, że wpływ ich na zdolność bryłowatego widzenia jest tak wielki, że w wielu przypadkach wystarczy wiedzieć z góry, lub nawet przypuszczać tylko, że jakiś przedmiot ma pewien określony kształt, aby perspektywiczny obraz niedokładnego wrażenia wzrokowego lub sztucznego tylko rysunku odczuć wyraźnie i z całą dokładnością jako ciało bryłowate. Tymi też tylko czynnikami posługują się malarze, aby na powierzchniowym rysunku lub obrazie wywołać wrażenie głębi i plastyki przedmiotów. Wiadomo też powszechnie, że im to się udaje.

[1]) Helmholtz: Handbuch der physiologischen Optik. Hamburg und Leipzig. 1896.

Przechodzimy teraz do drugiego działu czynników wpływających na poczucie bryłowatości, t. j. do postrzegania odległości, którego podstawę, jak wiemy, stanowią świeże wrażenia zmysłowe.

Z tych wymieniliśmy na czele akomodacyę. Przez akomodacyę rozumiemy zdolność przystosowania oka do rozmaitych odległości. Dzieje się to za pomocą skurczu mięśnia rzęskowego, przez co zwalnia się więzadełko Zinna, przytrzymujące soczewkę, która ulegając własnej sprężystości, wypukla się, staje się więc silniejszą, mocniej załamuje promienie świetlne, czyli nastawia się na bliższe odległości, Większemu lub mniejszemu napięciu mięśnia rzęskowego towarzyszy właściwe czucie mięśniowe, z którego dokładnie zdajemy sobie sprawę, ilekroć na nie zwrócimy uwagę, — a z którego to czucia przy pewnem ćwiczeniu możemy wnosić, czy oko nasze jest nastawione na większą, czy też na mniejszą odległość. Rozumie się samo przez się, że tylko przy ocenianiu bliższych przedmiotów możemy mieć jakiś pożytek z akomodacyi, — przy patrzeniu bowiem w dal akomodacya pozostaje w zupełnym spoczynku. Według obliczeń Wundta, zgodnych zresztą z późniejszemi doświadczeniami Helmholtza, możemy n. p. w odległości 250 ctm. ocenić różnice oddalenia 12 ctm.; w odległości od 200 do 100 ctm. różnice wynoszące 8 ctm.; w 80 ctm. —5 ctm.; w 40 ctm. —4,5 ctm i to tylko za pomocą akomodacyi, z możliwem wykluczeniem wszystkich innych środków pomocniczych. — Widzimy, że delikatniejszych różnic odległości za pomocą samej tylko akomodacyi nie możemy ocenić, w każdym jednak razie nie można jej odmówić pewnego znaczenia. Dodawać nie potrzeba, że przy zupełnej utracie jednego oka nie doznaje akomodacya żadnego uszczuplenia.

Najważniejszem atoli dla ocenienia głębokości jest bezwątpienia możność porównania perspektywicznych obrazów, które ten sam przedmiot przedstawia z rozmaitych punktów widzenia. Porównanie takie możemy osięgnąć praktycznie w dwojaki sposób. Jednoocznie przez poruszenia głowy i reszty ciała, lub dwuocznie na podstawie obydwu obrazów, tworzących się równocześnie na obydwu siatkówkach, czyli przez tak zwane widzenie stereoskopowe, o czem niżej.

Kiedy n. p. stoimy w oknie jadącego wagonu, widzimy że przedmioty blizko toru ułożone, szybko się przesuwają w kierunku przeciwnym, dalsze czynią to samo, tylko wolniej, bardzo zaś odległe, n. p. gwiazdy na niebie, nie zmieniają wcale swego położenia. Łatwo tu zrozumieć, że pozorna chyżość przesuwania się kątów umykających przedmiotów w naszem polu widzenia jest odwrotnie proporcyonalną do ich odległości od naszego oka tak, że z chyżości tego pozornego poruszania się możemy na pewno wnosić o ich odległości. Wzmacnia i potęguje jeszcze dokładność także ta okoliczność, że rozmaicie ułożone przedmioty zmieniają także względem siebie położenie; tak n. p. gdy blizkie umykają wstecz, odleglejsze zdają się dążyć w kierunku przeciwnym a więc ku przodowi. Helmholtz wyraża przekonanie, że właśnie ta zmiana obrazów siatkówkowych przy ruchu naszego ciała lub głowy (którymi się posługujemy zależnie od odległości i wielkości przedmiotów), jest najważniejszym czynnikiem, zapomocą którego osoby jednookie stwarzają sobie dokładne wyobrażenie o bryłowatości otoczenia.

Przy współdziałaniu wszystkich tych dotychczas omówionych czynników możemy przeto bez najmniejszej wątpliwości odnosić dokładne wyobrażenie o bryłowatości otaczających przedmiotów świata zewnętrznego. A ponieważ ważność ich dla bryłowatego widzenia pozostaje, jakeśmy to widzieli, zawsze jednakowa, bez względu na to, czy patrzymy jednem, czy obydwoma oczyma, będziemy je więc mogli do naszego wzoru wprowadzić w pełnej ich wartości, a stwierdzić tu tylko raz jeszcze wyraźnie, że już one same wystarczają do dokładnego uplastycznienia sobie świata zewnętrznego, czyli, że dokładne poczucie bryłowatości istnieć może również i rzeczywiście istnieje także przy jednoocznem widzeniu. (C. d. n.).

V. Oceny i sprawozdania.

O łamliwości żeber u obłąkanych.

Podał

Dr. Stanisław Jankowski.

(Ciąg dalszy).

Praca Guddena zwróciła na siebie powszechną uwagę i już w następnych latach spotykamy cały szereg prac, zwłaszcza niemieckich i angielskich autorów, które zajmują się złamaniem żeber u obłąkanych — przyczem coraz to dokładniej uwzględniono wejrzenie ogólne, siłę, często budowę mikroskopową, a czasem i skład chemiczny żeber. Pomimo bardzo obfitego piśmiennictwa w tym kierunku zapatrywania autorów na tę sprawę nie są zupełnie z sobą zgodne, tak co do etyologii złamań żeber, jak i co do rodzaju zmian anatomopatologicznych.

Christian n. p.[6]) zaprzecza wogóle istnieniu nadmiernej łamliwości żeber (szczególnie u porażonych) i twierdzi, że w kościach ich nigdy zmian mikroskopowych nie znalazł. To zapatrywanie Christiana jest jednak zupełnie odosobnionem, gdyż wszyscy inni autorowie, zajmujący się tą sprawą, stwierdzili w kościach obłąkanych wogóle, a w żebrach w szczególności, szereg zmian o charakterze odżywczym destrukcyjnym.

Część autorów, przyznając istnienie takich zmian, twierdzi, że przecież w bardzo wielu przypadkach bezpośrednim powodem złamania bywa uraz, a szczególnie użycie grubej siły ze strony personalu dozorczego. (Gudden[2]), Kraepelin[7]), Ziehen[8]). Inni natomiast autorowie nie przypisują urazowi tak wysokiego znaczenia i przypuszczają, że przyczyna częstych złamań kości wogóle u obłąkanych leży głębiej, a mianowicie w jakiejś zmianie samego kośćca, gdyż inaczej nie można wytłómaczyć tego faktu, że często najsłabszy nawet uraz, który sam przez się nie mógłby u zdrowych wywołać złamania, u obłąkanych już takie złamania sprowadza; co więcej, istnieje cały szereg spostrzeżeń dowodzących, że u obłąkanych występują czasem nawet samoistne złamania kości *(fractura spontanea)*, szczególnie zaś u porażonych.

Z wielu takich spostrzeżeń, zawartych w piśmiennictwie, przytoczę kilka charakterystyczniejszych.

Deas[9]) opisał przypadek tyczący się 50-cio letniej chorej, cierpiącej na szaleństwo przewłoczne z przejściem w wtórorzędne niedołęstwo umysłu, która z powodu połowiczego niedowładu leżała stale w łóżku. Lekarz badający ją pewnego razu stwierdził złamanie lewej kości ramieniowej, a dochodzenie nie stwierdziło żadnego pobicia, tylko upadek, przy którym chora ani nie potłukła się, ani na ból po nim się nie skarżyła. Po 10 dniach lekarz stwierdził u tej samej chorej znowu złamanie lewej kości udowej, powstałe przy ostrożnem przenoszeniu chorej z łóżka na klozet, przyczem chora nawet nie poczuła bolu.

More[10]) przytacza dwa przypadki takich złamań: pierwszy dotyczy 34-letniego idyoty, którego własna matka przeprowadzała z łóżka na krzesło, przyczem chory doznał złamania kości udowej. Autor wyklucza w tym przypadku użycie grubej siły, podnosząc miłość matki ku choremu, jej troskliwe i staranne obchodzenie się z synem.

Drugi przypadek, opisany przez Morego, dotyczy kobiety od lat wielu umysłowo chorej; kobieta ta, przechodząc koło drzwi, chwyciła się nagle z krzykiem za nogę — przy badaniu stwierdzono złamanie kości udowej.

Biaute[11]) opisuje przypadek zaszły u pewnego 50-letniego porażonego, który potknąwszy się upadł na prawy bark i złamał skośnie kość ramieniową, która oprócz tego pękła jeszcze kilkakrotnie w górnej połowie trzonu. Autor zwraca uwagę na niestosunek pomiędzy nasileniem urazu mechanicznego a rozległością uszkodzenia i widzi przyczynę tego w porażeniu postępowem, chorobie, która... „wywołuje porażenie wszystkich tkanek ustroju, zastępuje właściwe im składniki innymi *(heterogen)*, skutkiem czego pojawia się skłonność do złamań bez dostatecznej przyczyny, to jest takiej, która sama przez się nie byłaby w możności wywołać złamania kości u ludzi prawidłowych“.

Laudahn[12]) opisał przypadek z zakładu obłąkanych w Gettyndze, w którym stwierdzono pęknięcie chrząstek żebrowych i odłączenie się ich od mostka bez zadziałania jakiejkolwiek siły. Przypadek ten pomimo ciężkich powikłań (krwotoki, przebicie ropni do dróg oddechowych, ropienie w stawach i rozedma podskórna) zakończył się wyleczeniem; ścisłe dochodzenia pozwoliły w tym przypadku wykluczyć stanowczo zadziałanie jakiejś siły, a chory, opuszczając zakład w stanie uleczonym, z całą stanowczością zaprzeczał, jakoby kiedykolwiek był pobitym. Równocześnie podaje Laudahn, że na 23 autopsyj obłąkanych stwierdzono 8 razy (z tego dwa razy u porażonych) nadmierną łamliwość żeber.

Laehr[5]) na XXXVI zgromadzeniu Towarzystwa psychiatrów w Berlinie podał historyę choroby pewnej obłąkanej, u której zupełnie niespodziewanie spostrzeżono obrzęk uda, a badaniem stwierdzono złamanie kości udowej, przyczem wykluczyć można było stanowczo jakikolwiek bierny lub czynny uraz, chora nie zdradzała najmniejszych oznak bolu, a gdy jej powiedziano, że ma nogę złamaną, nie chciała temu wierzyć i uważała to za „komiczną historyę“. W 4 dni potem umarła, a przy badaniu klatki piersiowej bezpośrednio po śmierci pękło przy miernym ucisku jedno żebro. Sekcya wykazała rozmiękczenie kości.

Jak powyżej zaznaczyłem, piśmiennictwo psychiatryczne obfituje w opisy makroskopowego wejrzenia i mikroskopowej budowy żeber; znacznie rzadziej spotykamy w niem wyniki badań chemicznych, chociaż te może najprędzej mogłyby doprowadzić do jakichś wyników stanowczych.

O ile opis makroskopowego wejrzenia i wyniki, co prawda nielicznych, badań chemicznych są nawet w szczegółach dość zgodne, o tyle wyniki badań mikroskopowych są w rozmaitych przypadkach różne i naprowadzają na przypuszczenie, że w przypadkach tak zwanej „łamliwości żeber u obłąkanych“ mamy do czynienia z dwiema anatomicznie i klinicznie rozmaitemi sprawami, a mianowicie: prostym odśrodkowym zanikiem kości, wywołującem rozrzedzenie

[6]) Christian: Sur la prétendue fragilité des os etc. (Ann. méd psych. II. 1885).

[7]) Kraepelin: Psychiatrie 5 Aufl. 1896.

[8]) Ziehen: Psychiatrie 1894.

[9]) Deas: Notes of case of spontan. fract. etc. (The Brit. med. Jour. 1877).

[10]) More: Fract. of bones in the insane (The Lancet 1870).

[11]) Biaute: De la paral. générale etc. (Ann. méd. psych. XVI. 1876).

[12]) Laudahn: Über Rippenbrüche b. Geisteskr. (Arch. f. Psych. II. 1872).

kości *(osteoporosis)* i z sprawą wessania soli wapniowych *(halisteresis)*, wywołującą objawy rozmiękczenia kości *(osteomalacia)*.

Obie te sprawy cechuje na zewnątrz jedno i to samo zjawisko, a mianowicie „łamliwość kości“. *(osteopsathyrosis* Lobstein [13]), 1835), pomimo tego atoli nie należy dwóch tak różnych spraw „zlewać do jednego garnka“, jak słusznie zauważył Wagner.

W szkicu niniejszym zajmiemy się najpierw sprawozdaniem z makroskopowego wejrzenia żeber u obłąkanych, następnie rozejrzymy się w sprawie rozmiękczenia kości i jego stosunku do chorób umysłowych, a wreszcie podamy wynik badań nad rozrzedzeniem kości, z uwzględnieniem ogłoszonych dotychczas badań mikroskopowych i chemicznych.

Opisy makroskopowego wejrzenia żeber u obłąkanych, są mniej więcej z sobą zgodne i stwierdzają, że często przy sekcyach spotyka się jużto świeże, jużto starsze i zagojone złamania żeber. Żebra takie bywają zmniejszone we wszystkich wymiarach, miewają czasem grubość zwykłej tektury lub grzbietu noża, kora ich jest zcieńczałą często do grubości karty do grania lub zwykłego papieru, nierówną, soczystą, silnie unaczynioną, często ciemno czerwoną. Istota gąbczasta takich żeber jest skąpa, napojona masą miękką, gęstą, czarnej lub szarej barwy; szpik ich jest brudno czerwony, często tłuszczowo lub galaretowato zmieniony.

Żebra takie łamią się bardzo łatwo, nawet pod uciskiem palca, często bez trzeszczenia a obrysy przełomu bywają równe; czasem znowu żebra gną się pod naciskiem jak karton, wracając potem do swego dawnego położenia, dają się bez trudności krajać nożem, jednem słowem przedstawiają obraz patologicznej łamliwości.

Konstantynowskij [14]) i Campbell [15]) próbowali nawet oznaczać wytrzymałość i siłę żeber zapomocą specyalnie w tym celu zbudowanych przyrządów, polegających jużto na ucisku bądź zapomocą dźwigni, bądź też wywieranym przez sprężynę spiralną. (Przyrząd dra Merciera).

W sprawie rozmiękczenia kości u obłąkanych pierwsze dokładniejsze spostrzeżenia podał Finkelburg [16]), który w roku 1860 opisał dwa przypadki z zakładu w Siegburgu, w których pierwsze objawy choroby umysłowej w postaci urojeń prześladowczych wystąpiły po połogu równocześnie z ostrym okresem rozmiękczenia kości. Finkelburg przypuszcza, że udział podstawy czaszki w sprawie rozmiękczynowej i weśnięcie części podstawowej potylicy w jamę czaszkową wywołać mogły zaburzenia mózgu, ujawniające się na zewnątrz chorobą umysłu.

Carmichael M' Intosh [17]) opisał również 2 przypadki rozmiękczenia kości u kobiet umysłowo chorych (cierpiących na zadumę z popędami samobójczymi) z asylum w Perth; w przypadkach tych nie można stwierdzić przyczynowego związku między rozmiękczeniem kości a chorobą umysłu.

B. Gudden [2]) na podstawie statystyki zbieranej przez lat pięć twierdzi ogólnikowo, że „mierny stopień rozmiękczenia kości u obłąkanych nie jest zjawiskiem rzadkiem“ i podaje jeden wybitny przypadek, a trzy przypadki lżejsze rozmiękczenia kości, o których powyżej wspomniano.

Lindsay [18]) opisał jeden przypadek pomięszania umysłu przewlekłego, w którym za życia stwierdzono tylko ból kości i ogólne osłabienie; sekcya natomiast wykazała rozmiękczenie kości znacznego stopnia.

Haerder [19]), który badał żebra 20 obłąkanych, zmarłych w r. 1870 w „Carmarthen Asylum“, stwierdził w 9-ciu przypadkach nadmierną łamliwość żeber; jeden z tych przypadków dotyczył kobiety 36-letniej, zmarłej w przebiegu obłąkania połogowego; możebnem jest tedy, że polegał na rozmiękczeniu kości. Podobne przypadki, w których choroba umysłu przebiegała równocześnie z rozmiękczeniem kości (stwierdzonem przez sekcyę) opisał Rogers [20]) i Laehr [5]), a w przypadku tym (wspomnianym już powyżej), sprawa rozmiękczynowa wikłała się z nowotworem podstawy czaszki.

Mercer [21]) i Atkins [22]) również podali po jednym przypadku porażennego niedołęztwa umysłu, któremu towarzyszyło rozmiękczenie kości (także i czaszkowych); u chorego Mercera stwierdzono nadto poprzeczne złamanie mostka.

W przypadku opisanym przez Howdena [23]), a stwierdzonym sekcyą, znaleziono także daleko posunięte rozmiękczenie całego kośćca.

Ciekawe spostrzeżenie w tym kierunku uczynił Ripping [24]), opierając się na statystyce zakładu w Siegburgu. Wykazał on mianowicie, że okolica Düsseldorfu (w której notorycznie rozmiękczenie kości stosunkowo bardzo często się spotyka), dostarcza bardzo wiele przypadków połogowych chorób umysłu, a mianowicie 53% przyjętych kobiet, przyczem przebieg poszczególnych przypadków był wogóle znacznie mniej pomyślnym, aniżeli w innych zakładach. Według Wagnera [25]) częste to występowanie i niepomyślny przebieg połogowych chorób umysłu stoi w przyczynowym związku z rozmiękczeniem kości, tak często spotykanem w okręgu Düsseldorfskim.

Sam Wagner opisał sześć przypadków rozmiękczenia kości i zwrócił uwagę, że przypadki takie trafiają się stosunkowo bardzo często u obłąkanych, umieszczonych w zakładzie wiedeńskim (1 na 250 chorych). U chorych, obserwowanych przez Wagnera, choroba umysłu przebiegała pod jedną i tąsamą postacią, to jest pomięszania umysłu.

Wagner przypuszcza podobnie, jak Finkelburg, że zmiana kształtu kości czaszkowych pod wpływem rozmiękczenia, wywołując następowe zmiany w mózgu, powoduje chorobę umysłową; — nadto zaś sądzi, że rozmiękczenie kości, jako choroba przemiany materyi, powoduje nieprawidłowy skład krwi z następowem zaburzeniem w odżywieniu mózgu, które u osób do tego skłonnych może wywołać chorobę umysłową.

W dwóch swoich przypadkach, potwierdzonych sekcyą, zauważył Wagner daleko posunięte rozmiękczenie żeber miednicy i kręgosłupa, zwrócił atoli równocześnie uwagę na to, że sprawa ta niema nic wspólnego z tak zwaną „łamliwością żeber u obłąkanych“, a że łamliwość ta pochodzi zwykle od zaniku, nie należy tedy tych tak anatomicznie i klinicznie różnych spraw z sobą mięszać.

Inaczej nieco zapatruje się na tę sprawę Gudden [2]), Kassowitz, Neumann, Pommer, Konstantynowskij i Bleuler.

Według Kassowitza [26]) rozmiękczenie kości towa-

[13]) Lobstein: Lehrbuch d. pat Anatom. II. 1835.

[14]) Konstantynowskij: K'woprosu o chrupkosti reber etc. (Dyssert. 1889)

[15]) Campbell: The breaking strain of t. ribs of t. insane (Jour. of ment. S. 1895).

[16]) Finkelburg: Ueber Osteomal mit Irrsein. (Allg. Zeitschrift für Psych. XVII, 1860).

[17]) M' Intosh: Mollities ossium in insan. (Ed. med. Jour. 1862).

[18]) Lindsay: Mollities ossium in rel. to rib-fract ect. (Ed. med. Jour. 1870).

[19]) Haerder: Fractured ribs in insane patients. (Jour. of. Ment. Sc. 1871).

[20]) Rogers: A chapter on broken bones. (Journal of Ment Sc. 1874).

[21]) Mercer: On general paralysis and fragil oss. (Według »Virchows Jahrb. II. 1874«).

[22]) Atkins: On osteomalacia occur. in a case of. chr. dem. (The Brit. med. Jour. 1880).

[23]) Howden: Jour. of Ment. Sc. 1882.

[24]) Ripping: Die Geistesstörung d. Schw. Wöchn. und Säug. (Archiv für Psychiatrie XI, 1877).

[25]) Wagner: Ueber Osteomalakie und Geistesstörung. (Jahrbücher für Psychiatrie IX, 1890).

[26]) Kassowitz: Wiener med. Jahresbericht, 1884.

rzyszy bardzo często chorobom umysłowym i wywoluje ową nadmierną łamliwość żeber u obłąkanych.

Neumann[27]) w pracy swej zestawił cały szereg spostrzeżeń, w których badaniem mikroskopowem stwierdził t. zw. „neurotyczne rozmiękczenie kości" i tej sprawie przypisywał ową łamliwość żeber, dodając równocześnie, że sprawy tej nie może oddzielić od spotykanego często zaniku odśrodkowego i rozrzedzenia kości; jako wspólną cechę tych spraw uznaje Neumann odśrodkowo postępujące wessanie kości, a za powód jego uważa wogóle zaburzenia w narządzie nerwowo-odżywczym, względnie naczynioruchowym.

Badając żebra 35-letniego porażonego stwierdził Neumann rozszerzenie przewodów szpikowych, zcieńczenie istoty gąbczastej, której beleczki były ograniczone nieregularnemi zatokowatemi liniami, jużto często znikały, w szpiku mało było stosunkowo tłuszczu, natomiast wiele ciałek białych.

Według statystyki Neumanna, zestawionej na podstawie 64 przypadków złamania żeber u obłąkanych, przypada 39·1% na porażonych, 28·1% na niedołęztwo umysłu wtórorzędne, 17·2% na szaleństwo gwałtowne, 6·3% na zadumę, 3·1% na chorobę umysłu z padaczką, 1·6% na organiczne choroby mózgu, pomięszanie umysłu i alkoholizm.

Pommer[28]) w swej obszernej monografii o rozmiękczeniu kości i krzywicy wyraża zdanie, że powodem nadmiernej łamliwości żeber u obłąkanych wogóle, a u porażonych w szczególności, bywa zwykle rozmiękczenie kości, które stwierdzić można badaniem mikroskopowem, przedsięwziętem w odpowiedni sposób. Pommer zarzuca niedokładność badaniom Wiglesworth'a[29]) i innych autorów, twierdząc, że odwapnienie kości (jakich w swych badaniach niektórzy autorowie używali), zaciera szczegóły charakterystyczne, po których w danym razie możnaby rozpoznać rozmiękczenie kości pod mikroskopem.

Twierdzenie Pommera o często spotykanem rozmiękczeniu kości u obłąkanych i częstych przypadkach złamań dowolnych, jakim ulegają chorzy, dotknięci sprawami rdzeniowemi wogóle, a wiądem rdzenia w szczególności, jest jedną z podstaw, na których opiera Pommer swoją teoryę o istocie i pochodzeniu rozmiękczenia kości.

Konstantynowskij[14]) badał żebra 22 umysłowo chorych, (z tego 13 porażonych) i 2 umysłowo zdrowych — mikroskopowo i chemicznie, nadto zaś oznaczył pomiarami grubość żeber i wytrzymałość ich zapomocą specyalnie w tym celu zrobionego przyrządu, działającego na zasadzie dźwigni, która odpowiednio obciążona ugniatała na badane żebro. Badaniem mikroskopowem stwierdził on stłuszczenie, względnie zziarnienie ciałek kostnych, tłuszczową przemianę istoty kostnej (przy pomocy kwasu nadosmowego), zcieńczenie (1·5 do 0·4 mm.) i włóknistą przemianę istoty korowej, skutkiem czego nabywała ona często siatkowatego wejrzenia, nierównomierny podział unaczynienia, często rozszerzenie przewodów Hawersa, zmniejszenie istoty gąbczastej, nadto zaś znaczną ilość kropelek tłuszczu i ciałek limfoidalnych w szpiku, który bywał przytem galaretowato zmienionym.

Pomiary wytrzymałości żeber, które podaje Konstantynowskij, nie mogą mieć pretensyi do ścisłości, tak z powodu niedokładnego działania jego przyrządu, jak i braku porównania z pomiarami u umysłowo zdrowych. Natomiast badanie chemiczne jest już znacznie ściślejszem. I tak znalazł Konstantynowskij w żebrach dwóch umysłowo zdrowych zawartość 37·6% do 40·8% składników organicznych, a 62·4% do 59·2% nieorganicznych; natomiast w żebrach obłąkanych wyższą zawartość części organicznych (bo 42·8% do 62·4%), a zmniejszoną zawartość nieorganicznych (57·2% do 37·6%).

Na podstawie swych badań przychodzi Konstantynowskij do wniosku, że „zbiór anatomicznych zmian w żebrach umysłowo chorych ma wiele wspólnego z rozmiękczeniem kości" i radzi między innemi, aby w każdym przypadku złamania żeber u obłąkanych przedsiębrać przy ekspertyzie sądowo-lekarskiej badanie mikroskopowe żeber.

Bleuler[30]) opisał w roku 1893 — 18 przypadków (między nimi niema ani jednego porażonego), w których objawy kliniczne odpowiadały po największej części rozmiękczeniu kości, przyczem atoli nie uwzględnił zupełnie stosunku tej sprawy do choroby umysłowej, ani nie wyraził swego zdania o łamliwości kości; badań mikroskopowych Bleuler nie podaje. (Ciąg dalszy nastąpi).

[27]) Neumann: Ueber Knochenbrüche bei Geisteskrank. (Inaug. Diss., 1883).

[28]) Pommer: Ueber Osteomolacie und Rachitis. Lipsk, 1885.

[29]) Wiglesworth: Brit. med. Journal, 1883.

[30]) Bleuler: Zur Aetiol. und Ther. der nicht puerp. Osteomal. (Münch. med. Wochens., 1893).

Prof. Dr. L. Piskaček: **Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses etc.** (Wiedeń i Lipsk. Wydawca Wilhelm Braumüller, 1902. Wydanie trzecie).

Niedawno ocenialiśmy na tem miejscu drugie wydanie tej książki. Wydanie trzecie uległo w niewielu miejscach zmianom, a raczej uzupełnieniom, które podnoszą jeszcze i tak niepośledniej wartości podręcznik Piskačka. Za najważniejsze i najkorzystniejsze uważam rozszerzenie ustępu p. t.: „Przekonanie się, czy łożysko tkwi jeszcze w macicy, czy też znajduje się już w pochwie". Nie ulega wątpliwości, że w tym właśnie okresie trzecim porodu popełniają położne najwięcej błędów. Błędy te, choć pozornie nieznaczne, mogą pociągnąć za sobą bardzo ciężkie następstwa. Dlatego uważam jasny i dokładny opis przebiegu tego okresu za wielką zaletę podręcznika dla uczennic; nowy ustęp książki Piskačka ułatwia położnym oryentowanie się w tym przebiegu i ostrzega przed przedwczesnem, a tak w następstwach zgubnem wkraczaniem w prawa przyrody.

Mniejsze znaczenie ma nowy ustęp o podpieraniu międzykrocza w położeniu miednicowem.

Spotykamy wreszcie kilka nowych rycin. Fotografie kobiety ze zniekształtnieniem szkieletu przez krzywicę i ciężarnej z brzuchem obwisłym są doskonałe i bardzo potrzebne.

Nowe wydanie rozejdzie się zapewne równie szybko, jak poprzednie. Jeżeli uzupełnienia w tekście i nowe ryciny będą w równym stopniu wzbogacać każde następne wydanie, jak obecne trzecie, to książka Piskačka będzie wkrótce wzorem dobrego podręcznika dla uczennic.

A. Rosner.

VI. Wyciągi.

Dr. J. G. Rey. **Wyprysk osesków, stosunek jego etyologiczny do przewodu pokarmowego i ztąd wynikające wskazania lecznicze.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 56, 6 B. 3 H., 1902). Klinicznie znamy trzy postacie wyprysku osesków: 1. wyprysk ostry, gorączkowy, rozpoczynający się pod postacią, zbliżoną do rumienia wypocinowego wielokształtnego, względnie do rozległej gruboplamistej pokrzywki; zmienia się on po krótkim czasie w wyprysk ogólny pęcherzowy (*eczema vesiculosum*) z jego następstwami. 2. Wyprysk suchy, rozpoczynający się na policzkach i przechodzący przez czoło na czaszkę; w przypadkach silniejszych rozszerza się na kolano, łokcie, pośladki, a nawet na całe ciało. Wyprysk ten jest zwyczajnie suchy, guzkowy i najczęściej ogranicza się do twarzy i części głowy pokrytej włosem. 3. Wyprysk pęcherzykowy, pierwotnie porozrzucany po twarzy, piersi, częściach głowy pokrytej włosem i rozszerzający się wedle typu liszaja (*impetigo*), może objąć całe ciało. Wypryskowi ostremu gorączkowemu (postać I) towarzyszą zwykle objawy ciężkiego rzekomo błoniastego zapalenia jelit, a jako powikłanie tego cierpienia skóry są liczne czyraki, zawdzięczające swe powstanie zakażeniu zewnętrznemu, oraz liczne ropnie, będące wyrazem posocznicy. Stopniowi schorzenia kiszek odpowiada w zasadzie szybkość wybuchu, natężenie i rozszerzenie wyprysku. Przy wyprysku suchym (postać II) istnieje zwyczajnie przewlekłe zaparcie stolca, będące w związku z przewlekłym

przebiegiem wyprysku, bez wywołania jednak zaburzeń w odżywieniu i rozwoju dziecka przed upływem pierwszego roku życia. W okresie późniejszym dzieci te zapadają na uporczywą niedokrewność. Przy wyprysku postaci III-ciej, po części sączącym, istnieje zwyczajnie nieżyt kiszek z zaburzeniami w samej czynności trawienia, przyczem stolce są zwykle zielone, cuchnące i kwaśne, to też wyprysk ten ma przebieg ostrzejszy, niż postać II-ga, i posiada skłonność do uogólnienia się.

Wyprysk osesków jest wynikiem swoistego i odpowiedniego wiekowi oseska odczynu skóry na podrażnienie, wychodzące z przewodu pokarmowego, szczególnie z jelita grubego. Ta drażliwość skóry zaczyna się w pierwszych tygodniach życia oseska, względnie w pierwszych miesiącach, rzadko po 6-tym miesiącu i trwa do 2-go roku życia. U dzieci starszych, od 2-go do 6-go roku życia, podrażnienie to wywołuje nie wyprysk, lecz rumień zapalny, obrzęki, pokrzywkę i ognik.

Wpływy zewnętrzne, bądź mechaniczne, bądź przyrody pasorzytniczej, mają wpływ na wyprysk co do jego rozszerzenia się i czasu trwania. Przy rozpoznaniu wyprysku u osesków należy mieć na względzie wszelkie inne cierpienia skóry, szczególnie wyprysk pasorzytniczy, łojotokowy i z wyprzania, jakoteż rumień wysiękowy wielokształtny i rumień posoczniczy.

Leczenie wyprysku osesków polega głównie na stosownej dyecie i na odkażaniu jelit; to ostatnie wskazanie wypełniają wysokie przepłókiwania jelit płynem fizyologicznym o ciepłocie 37°—40° C.; płynu używa się 1—2 litrów; jeśli zachodzi wskazanie, należy dodawać nieco kreoliny lub garbnika, poczem przejść do 2—3 dniowego leczenia kalomelem. Jeżeli po oddzieleniu strupów zapomocą obojętnej maści, wyprysk długo się utrzymuje, to stosuje się maść następująca: *Olei Rusci 6·0, Olei jecoris aselli crudi 20·0, Zinci oxyd. 20·0, Lanolini 20·0* z bardzo korzystnym wynikiem. Leczenie dyetetyczne jest podstawą leczenia wyprysku, a badanie stolców ma dać miarę i wskazówkę co do dyety.

Dr. Bolesław Komorowski.

Lamb G. **Przyczynek do etyologii i patologii gnilca.** (*The Lancet*, 4 stycznia, 1902 r.). Autor postanowił sprawdzić niektóre hipotezy o pochodzeniu gnilca *(scorbutus)*, wyrażone w ostatnich czasach, — mianowicie: 1) pogląd prof. Wrighta, iż gnilec zależy od zatrucia kwasami; 2) przypuszczenie Listona, że obecność w przewodzie pokarmowym chorego pasorzytów, względnie tęgoryjca dwunastnicy (*ankylostoma duodenale)*, wywołuje objawy gnilca; 3) twierdzenie Jacksona i Harleya, iż gnilec zależy od spożycia zgniłego pokarmu, względnie zatrucia ptomainami.

Autor starannie zbadał 11 chorych na gnilec i u żadnego z nich nie znalazł obniżenia zasadowości krwi; jajka glist znalazł w kale tylko dwóch chorych; wreszcie co się tyczy pokarmu, spożywanego przez chorych, to był on bezwarunkowo zdrowy. Na mocy tych badań kontrolnych autor czyni wniosek, że wszystkie wyżej wymienione czynniki mogą zapewne w poszczególnych przypadkach wywołać objawy gnilca, atoli choroba ta ma widocznie więcej, niż jeden czynnik etyologiczny. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

A. Laurie Watson. **Przypadek nawrotowego mięsaka z wyleczeniem samoistnem.** (*The Lancet*, 1 lutego 1902 r.). Opisany przez autora przypadek mięsaka z wyleczeniem samoistnem zasługuje na uwagę, jako osobliwość nieznana w piśmiennictwie. Chora 36 lat licząca, od dzieciństwa miała na grzbiecie guz, który w ostatnich latach zaczął szybko powiększać się i samymi już rozmiarami dotkliwie dokuczać, co spowodowało chorą do szukania porady w szpitalu. Przy oględzinach znaleziono pod łopatką duży wiszący guz, podobny do tłuszczaka, zaczynającego ulegać zwyrodnieniu; skóra na nim była zaczerwieniona. Po wyłuszczeniu nowotworu okazało się jednak, iż jest on cokolwiek odmienny od zwykłego tłuszczaka: utkanie jego było barwy ciemno szarawo-żółtej i odznaczało się wielką kruchością i obfitością naczyń. Badanie drobnowidowe tym razem wyjątkowo nie zostało dokonane. Po operacyi wystąpił obfity krwotok, z powodu którego w pierwszym dniu trzeba było kilkakrotnie zmieniać opatrunek, poczem pozostawiono go na kilka dni. Na czwarty dzień zauważono, że opatrunek stał się bardzo ciasny: po zdjęciu przekonano się, iż nowotwór odrósł prawie do pierwotnej wielkości. Wykrojono wtedy niewielkie kawałeczki z guza i poddano je badaniu drobnowidowemu przez kilku specyalistów z osobna: wszyscy wyrazili przekonanie, że nowotwór był mięsakiem przeważnie typu okrągło-komórkowego.

W tydzień po tej operacyi brzegi nowotworu uległy rozpadowi, postanowiono go usunąć w całości; nim jednak przystąpiono do operacyi, upłynęło parę dni, a przez ten czas guz doszedł do znacznej objętości. Gdy jednak przekonano się, że tkanka nowotworowa wniknęła w obręb narządów sąsiednich, a przytem chora była bardzo osłabiona i czuła się źle, postanowiono zaniechać operacyi, jako nie mającej żadnych widoków powodzenia. W takim beznadziejnym stanie wypisano chorą ze szpitala. Badało ją jeszcze kilku lekarzy i wszyscy rokowali jak najgorzej. Tembardziej niespodziewaną była dla autora wiadomość, otrzymana od lekarza domowego chorej w miesiąc po opuszczeniu szpitala, iż rana pooperacyjna prawie zagoiła się i chora powraca do zdrowia. Wobec tego Watson osobiście odwiedził chorą i przekonał się o słuszności tej wiadomości; w istocie też guz zmalał i stracił swe napięcie i bolesność. Samopoczucie chorej było bez porównania lepsze. Po roku nowotwór znikł prawie doszczętnie, a w jego miejsce pozostał tylko jakby próżny worek: blizna była zupełnie prawidłowa, a ogólny stan chorej doskonały.

Róży, po której nieraz uważano znikanie mięsaków, w opisanym przypadku nie było. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Mayer. **O przemijającym niedowładzie kończyn w przebiegu płonicy.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Wrzesień). Na objaw ten mało znany zwrócił uwagę Mayer. Równocześnie z pojawieniem się osutki występuje czasem jakby niedowład kończyn, zwykle dość nieznaczny. Chory skarży się, że nie może swobodnie poruszać palcami i doznaje uczucia cierpnięcia rąk. Czasem dołącza się ociężałość kończyn i uczucie mrowienia lub szpilkowania. Objaw ten rzadszy jest w zakresie kończyn dolnych i ogranicza się zwykle do podeszwy stopy. Niekiedy Mayer zauważył niedowład całej kończyny. Objaw ten, jak powiedzieliśmy, występuje równocześnie z pojawieniem się osutki, lub nieco ją poprzedza; czas trwania jego wynosi od kilku minut do kilku dni, zwykle z przerwami. Uczucie, jakiego chory przytem doznaje, przypomina cierpnięcie i mrowienie, występujące wskutek ucisku nerwu; chorzy odnoszą zwykle ten objaw do złego ułożenia w łóżku.

Zaburzenie to jest — jak się zdaje — swoistem dla płonicy; czy jego przyczyną jest działanie jadu płoniczego na układ nerwowy (rdzeń pacierzowy, lub ośrodki naczynioruchowe), czy też wydzielanie tego jadu przez skórę, tego na razie rozstrzygnąć nie można.

Pod względem częstości pojawiania się zaburzenie to nie dorównuje wprawdzie innym zasadniczym objawom, cechującym płonicę, jednak następuje zaraz po nich. Na 100 przypadków płonicy (z tych 93 u dorosłych) Mayer zauważył je 76 razy. W przypadkach niejasnych świadomość tego objawu może nieraz przyczynić się do postawienia właściwego rozpoznania. *Dr. T. Żeleński*

Dr. Bresgen. **Ubezpieczenie na życie, a choroby nosa i krtani.** *(C. Marhold. Halle n/S.).* Sam tytuł budzi nadzieję nowych i oryginalnych poglądów. Nos dotychczas najmniej bywał uwzględniany przy badaniach przez lekarzy towarzystw ubezpieczeń na życie. Z wyłuszczenia rozlicznych i różnorodnych cierpień miejscowych i ogólnych, odnoszących się do chorób nosa, wynika stosunek tych ostatnich do warunków ubezpieczeń na życie. W rozprawce Dra Bresgena przedstawione zostały ogólnikowo te stosunki, zebrane zwięźle i treściwie. Nie można jednak zaprzeczyć, że autor, dając się porwać zapałowi dla dobrej sprawy i puściwszy wodze wyobraźni, dopuszcza się na niejednem miejscu przesady. Jeżeli bowiem usiłuje on kłaść na karb utrudnionego oddechania nosowego choroby sercowe, gościec stawowy, nieprawidłowy skład krwi, zołzy i gruźlicę, to lekarz praktyczny nie będzie mógł oprzeć się wrażeniu, że miało tu miejsce *qui pro quo*, pomięszanie przyczyny ze skutkiem. Ta uwaga jednak wcale nie może uszczuplić zasługi, którą autor położył, zwracając z naciskiem uwagę na znaczenie narządów i cierpień, dotychczas zbyt zaniedbywanych i lekceważonych. *Spira.*

Dr. Trantenroth. **O zwężeniu odźwiernika u osesków.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb. für Med. und Chir.* Tom IX, Zeszyt 4 i 5). U dziecka 39-dniowego, bardzo wyniszczonego z powodu ciągłych wymiotów w następstwie wrodzonej cieśni odźwiernika, wykonał T. gastroenterostomię Wölflera. Podczas operacyi stwierdził, że „odźwiernik przedstawiał się jako guz walcowaty, dwa ctm. długi, grubości małego palca, w połowie przewężony płytkim rowkiem“. Po operacyi dziecko szybko przybierało na wadze. Nawiązując do tego przypadku, przedstawia autor cały dzisiejszy stan nauki o t. zw. wrodzonem zwężeniu odźwiernika. *Herman.*

Dr. F. Wenzel. **O użyciu welonów z gazy przy operacyach aseptycznych.** *(Centralblatt für Chirurgie* Nr. 19, 1902). Prof. Witzel nie używa rękawiczek, ale natomiast głowę swoją i wszystkich asystujących zawija przy operacyach aseptycznych w welony z potrójnego pokładu gazy. W welonie tym wycięta jest podłużna szczelina na oczy. Welony te Witzelowi bardzo się nadały. *Herman.*

Dr. Koslenko. **W sprawie resekcyi wątroby parową piłeczką Prof. Sniegirewa.** *(Centralblatt für Chirurgie* J. 1902, Nr. 18). Sniegirew obmyślił piłeczkę, wewnątrz próżną, z otworami pomiędzy zębami, którą, jak się o tem K. przekonał na psach, nie-

mal zupełnie bezkrwawo można wycinać kawałki wątroby. Tylko grubsze tętniczki musi się osobno podwiązać. *Herman.*

Dr. A. Frommer. **Z kazuistyki nieprawidłości jelita grubego.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, Z. I, 1902). Zestawiwszy dotychczasowe piśmiennictwo i kazuistykę, tyczącą się *megacolon congenitum*, przytacza F. trzy przypadki wspomnianego cierpienia, leczone na oddziale Prof. Trzebickyego. W jednym przypadku operowano *in frigido* i ze względu na lichy stan pacyenta ograniczono się do kolopeksyi. W dwóch innych przypadkach operowano z powodu gwałtownych objawów niedrożności, spowodowanych w jednym przypadku okręceniem się nad miarą długiego i grubego jelita esowatego, (wykonano enteroanastomozę między końcem jelita) biodrowego, a początkiem jelita odchodowego), w drugim przez zatkanie światła kiszki koprolitem (mięsienie jelita po laparotomii. W pierwszym przypadku osiągnięto poprawę — w dwóch następnych wyleczenie. *Herman.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Dnia 17. września b. r. odbyło się skrutynium wyborów do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej na dalsze trzechlecie (1902—1905). W skład komisyi wchodzili: Dr. Festenburg, Dr. Bylicki, Dr. Stachiewicz, Dr. Mayer i Dr. Stefan Świątkowski. Przewodniczył prezydent Dr. Festenburg. Wybrani zostali:

Grupa		Członkiem Izby:	Zastępcą członka:
I.	Przemyśl Mościska Jaworów Cieszanów	Dr Zygmunt Smolarski z Przemyśla.	Dr. Stanisl. Ruczka z Niżankowic
II.	Rawa Sokal Kamionka Żółkiew Gródek	Dr. Karol Muszkiet z Żółkwi.	Dr. Miron Jajus z Sokala.
III.	Brody Złoczów Brzeżany	Dr. Aleksander Wysocki ze Złoczowa.	Dr. Józef Gold ze Złoczowa.
IV.	Lwów Rudki Żydaczów Bóbrka Przemyślany	Dr. Wilhelm Pisek ze Lwowa.	Dr. Wilhelm Pisek ze Lwowa.
V.	Turka Stary Sambor Sambor Drohobycz Stryj	Dr. Alfred Biegelmayer z Sambora.	Dr. Teodor Stahlberger ze Stryja.
VI.	Dolina Kałusz Stanisławów Bohorodczany Tłumacz	Dr. Aleksander Żukowski ze Stanisławowa	Dr. Mikołaj Podłuski z Bolechowa.
VII.	Tarnopol Zbaraż Skałat Trembowla	Dr. Józef Eckhardt z Tarnopola.	Dr. Izydor Leiblinger z Tarnopola.
VIII.	Podhajce Buczacz Czortków Husiatyn Zaleszczyki Borszczów	Dr. Adolf Stöckl z Czortkowa.	Dr. Józef Kroó z Buczacza.
IX.	Kołomyja Horodenka Śniatyn Kosow Peczeniżyn Nadwórna	Dr. Władysław Piaskiewicz z Kołomyi.	Dr Aleksander Vincenz z Peczeniżyna.
X.	Miasto Lwów	Dr Edw. Gérard Festenburg Dr Jan Papée prof. Dr. Antoni Mars Dr. Henryk Mehrer wszyscy ze Lwowa.	Dr. Adam Sołowij Dr. Celestyn Sztembarth Dr. Ignacy Rosner Dr. Zdzisław Szydłowski wszyscy ze Lwowa.

Lwów, dnia 28 września 1902.

Dr. E. Festenburg.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 października.

* Minister oświaty, w porozumieniu z ministerstwem spraw wewnętrznych, zamianował na rok szkolny 1902/3 egzaminatorami w Wydziale lekarskim w Krakowie: komisarzem rządowym st. lekarza powiatowego Dr. G. Bielańskiego, jego zastępcą prof. S. Ponikłę; koegzaminatorami: przy II-gim egzaminie ścisłym prof. M. Jakubowskiego, jego zastępcą doc. J. Raczyńskiego; przy III-cim: prof. W. Reissa, jego zastępcą prof. P. Pieniążka. We Lwowie: komisarzem rządowym rad. Dworu Dr. J. Merunowicza, jego zastępcą inspektora sanit. Dr. J. Barzyckiego; koegzaminatorami: przy II-gim egzaminie ścisłym Dr. E. Merczyńskiego, jego zastępcą prof. S. Bądzyńskiego; przy III-cim: koegzaminatorem prof. W. Łukasiewicza, zastępcą doc. H. Schramma.

* S. p. Virchow w Krakowie. Przed 26 laty Rudolf Virchow odwiedził Kraków. Listem z Pragi zawiadomił on ś. p. Izydora Kopernickiego, że przybędzie do naszego miasta dla poznania jego zabytków i zbiorów. W oznaczonym dniu i godzinie udali się obaj antropolodzy z hotelu saskiego do Biblioteki Jagiellońskiej. Po drodze Virchow często przystawał, oglądał wieże, stare stylowe szczegóły architektoniczne, wypytywał się i czynił własne uwagi. W Muzeum im. Dr. Baranieckiego zabawił dłużej: w drodze na Wawel wyraził parę razy podziw dla założyciela Muzeum i Wyższej szkoły żeńskiej. »Jest to człowiek niepospolity ten Baraniecki,« mówił Virchow; »szkoła żeńska przez niego założona, o tak rozległym programie, nie istnieje na lądzie, tylko w Londynie jest coś podobnego.« »O zbiorach muzealnych tyle powiedzieć mogę,« rzekł Virchow, »że jedna sala Muzeum berlińskiego może je wszystkie pomieścić; a jednak ileż tu nagromadzono okazów wysoko pouczających! Wiedziałem np. dobrze, że między Rusinami a ich wschodnimi sąsiadami istnieje różnica języka, obyczaju, sposobu życia i t. d.; nikt mnie jednak o tem tak nie przekonał, jak Baraniecki, zestawiając obok siebie ornamentykę ludową rosyjską i rusińską: bo gdy pierwsza czerpie wzory ze świata zwierzęcego (smoki, lwy, ibisy), słowem posługuje się rysunkiem figuralnym, jak to czynią ludy dalekiego wschodu, to druga posługuje się kształtami geometrycznymi (trójkąt, koło, czworobok), a te stanowią pierwiastek ornamentyki zachodnioeuropejskiej. Wszak to są dwa odrębne światy«.

Na Wawelu doznał Virchow wielu głębokich wrażeń: badał, wypytywał się, objaśniał. Rozkoszował się pięknością kaplicy Zygmuntowskiej, podziwiał Thorwaldsenowskiego Włodzimierza Potockiego, wpatrywał się w skamieniałe rysy naszych królów, a piękny typ rasy lechickiej, bijący z oblicza posągu króla Władysława Łokietka, tak go zajął, że poraz drugi powrócił do jego sarkofagu.

Pod silnem wrażeniem schodzili ze stoków Wawelu, gdy pierwszy zagadnął Virchow: »Z tego, com dziś oglądał na Wawelu i wogóle w Krakowie, nabrałem przekonania, że wszystko to nie nagromadziło się jakimś przypadkowym zbiegiem okoliczności, lecz że posiadaliście już w dawnych wiekach rodzimą sztukę i cywilizacyę«; a po małej przerwie z pewnym smutkiem w głosie: *„sic transit gloria mundi“*. Na tę, rzec można wyrocznię, odrzekł Kopernicki: »Ostatnie słowa pańskie przywodzą mi na pamięć pewne zdarzenie historyczne: w połowie XVII stulecia Szwedzi zajęli Kraków, a król ich, Gustaw Adolf, zwiedził Wawel i katedrę. I jego uderzył posąg Łokietka tak, że powrócił do niego raz jeszcze i rzekł: »Łokietek, wygnany ze stolicy odzyskał ją, ale Jan Kazimierz nie ujrzy już Krakowa«. Na te groźby królewskie odezwał się kanonik Starowolski, który oprowadzał króla: Najjaśniejszy Panie! wszystko w ręku Opatrzności: *fortuna variabilis, Deus admirabilis;* otóż i ja, Czcigodny Panie, rzekł Kopernicki, powtórzę Ci tę samą sentencyę: *fortuna variabilis, Deus admirabilis“*. Na te słowa Virchow przystanął i z odcieniem głębszego zaciekawienia dwa razy zapytał Kopernickiego: »Więc wierzysz kolego, więc wierzysz?« Zagadnięty przytoczył fakta historyczne, nawet z ostatnich przeobrażeń politycznych w Rzeszy niemieckiej, wskazał na niejedno zdarzenie dziejowe, w którem ziściły się najnieprawdopodobniejsze wierzenia ludu, a omyliły rachuby dyplomacyi. Uwag tych wysłuchał Virchow w zamyśleniu, lecz na nie już nie odpowiedział. Szybko przeszli szereg ulic wśród zapadającego już zmierzchu i serdecznie pożegnali się u progu ś. p. prof. Teichmana, do którego Virchow wstąpił na krótką chwilkę, gdyż po paru godzinach już powracał do Berlina, gdzie nazajutrz był zapisany do głosu w parlamencie niemieckim.

* Na katedrę, osieroconą przez śmierć Virchowa, powołany został Dr. Orth z Getyngi, znakomity anatom.

* Na konferencyę międzynarodową dla walki z gruźlicą, która odbędzie się od 22 do 26 października, zgłosiła się poważna liczba po-

wag naukowych szczególnie z Francyi. Głównym przedmiotem obrad będzie sprawa tożsamości gruźlicy ludzkiej a bydlęcej. Z konferencyą złączoną będzie wystawa wszelkich przedmiotów, służących do walki z gruźlicą.

* Między 17 a 23 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gmina), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.) mościskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było w Galicyi 16; w tygodniu poprzedzającym 22.

Mianowania i odznaczenia. Następca nieodżałowego Dr Drobnika w Poznaniu, Dr. Jaffé, otrzymał tytuł profesora. Dr. Passow mian. profesorem otyatryi w Berlinie. Dr Rille mian. prof nadzwyczajnym dermatologii i syfilidografii w Lipsku. Prof. sądowej medycyny w warszawskim Uniw., Dr Grigorjew, mianowany prof. zwyczajnym. Dr Kurajew mian. nadzwycz. profesorem chemii lekar. w Charkowie.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 18. Neugebauer: *Diphaliae casus Lisbonensis.* Spostrzeżenie podwójności prącia, ogłoszone przez Lorthioira. A. Zawadzki: Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka (c. d.). Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 39. Steinhaus: Rudolf Virchow (wspomnienie pośmiertne). Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa (c. d.). Trzebicky: O operacyjnem leczeniu chłoniaków zołzowych na szyi (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 39. Vitek. Cerebrobulbarni paralysa. Přispěvek ku klassifikaci obrn bulbarnich. Wobr: Léčeni vleklých chorob kožnich a celkově přijice lázněmi, zvláště sirnými vřidly (dokończenie).

— *Lekarske rozhledy.* Z. 9. Dvořák: Uprava nalezinectvi a sirotčenstvi v království Ceském. Jeništa: O therapii senilniho prurit u.

— *La Presse médicale* Nr. 76. Borne: Krowianka i szczepienie. Godino i Fausto: Leczenie tężca wstrzykiwaniami do rdzenia surowicy przeciwtężcowej.

Nr. 77. Séglas i Français: W sprawie rozpoznawania padaczki i porażenia ogólnego. Juvara: Cystorafia pierwotna po cięciu podbrzusznem, wykonana sposobem ułożenia dachówkowatego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38. Fibiger: Przenoszenie się gruźlicy z ludzi na bydło. Kyes: Sposób działania jadu kobry. Jungmann: O licznych kostniakach odziedziczonych. Mackenrodt: Laparotomia podbrzuszna zewnątrzotrzewnowa, jako zabieg w leczeniu raka pochwy, macicy i odbytnicy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. Neumann: Przymiot pierwotny pozapłciowy, jego znaczenie kliniczne i społeczno-higieniczne. Krafft-Ebing. Morfinodypsia. Reach: Przyczynek do kazuistyki zwężeń dwunastnicy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 38. Schottmüller: Przyczynek do patogenezy duru brzusznego. Schmidt: Urazowe rozdarcie zastawek serca i aorty. Curschmann: Urazowe zapalenie nerek. Schild: Przyczynek do kazuistyki urazowego zapalenia płuc. Grassberger: O prątku opuchliny złośliwej. Vulfing: Opatrunek wyciągający podług Hensnera. Brüning: O zwichnięciu kości goleniowej ku przodowi. Jolles: Prosta metoda ilościowego oznaczenia ciał białkowatych we krwi dla celów klinicznych. Killian: Ostra niedrożność przewodu pokarmowego u 5-letniego dziecka. Toff: Dwa przypadki ciał obcych w macicy. Schubert: Przypadek nawykowego nadużywania naparstnicy. Ott: O wzajemnym stosunku ruchu i ciepłoty ciała do albumosuryi i do gorączki w przebiegu suchot.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 39. Marchand: O bujaniu tkanki i powstawaniu guza z uwzględnieniem pasorzytniczej etyologii raków. Heller: Zakażenie gruźlicą drogą przewodu pokarmowego. Mitulescu: Wpływ nowej tuberkuliny na przemianę materyi w komórce. Ebstein: Jeszcze raz o opukiwaniu dotykowem. Hamel: Wczesne rozpoznawanie żółtaczki. Petersson: W sprawie znaczenia grzybków nitkowatych dla patologicznych zmian w żołądku. Bouma: O przydarzającym się błędzie przy oznaczaniu indykanu w moczu, jako indygo-czerwieni, za pomocą kw. solnego. Wieting: O wyprostowaniu stopy szpotawej.

Redakcya otrzymała. Spiegelberg. Ursachen und Behandlung der Kehlkopfstenosen im Kindesalter. Jessen: Die Notwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den praktischen Arzt und seine Einführung in die moderne Zahnheilkunde. Heinrich: Teorye i wyniki badań psychologicznych (Würzburg. A. Stuber's Verlag). Nartowski: O potrzebie znajomości ważniejszych objawów chorób nerwowych u uczącej się młodzieży.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.